CADRE DE RÉFÉRENCE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES

EXAMEN GÉNÉRAL

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES

EXAMEN GÉNÉRAL

1. RENSEIGNEMENTS DE BASE

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est un exemple de programme de la DGSM aujourd'hui pris en charge en grande partie par les communautés et les organismes des Premières nations. Le PNLAADA en est à sa quinzième année d'existence et est doté d'un réseau de 54 centres de traitement pouvant accueillir environ 700 patients. Il comprend également plus de 500 programmes communautaires de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues qui regroupent près de 650 travailleurs engagés dans des activités de prévention communautaire. Quatre-vingt-seize pour cent des ressources du PNLAADA sont gérées directement par les Premières nations grâce à des ententes de contribution ou de transfert.

L'objectif du PNLAADA est d'aider les Premières nations et les Inuits de même que leurs communautés à établir et à offrir des programmes pour réduire le taux élevé d'alcoolisme et de toxicomanie chez les populations cibles des réserves. La plupart des activités du PNLAADA entrent dans les quatre principaux champs d'intervention suivants : la prévention, le traitement, la formation, la recherche et le développement.

Le programme a déjà franchi de nombreuses étapes, notamment l'établissement des besoins, l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes, la mise à jour des programmes, etc. L'abus de l'alcool et des drogues demeure un important problème de santé et est symptomatique des problèmes permanents et complexes qui affectent la santé psychosociale et le bien-être des membres et des communautés des Premières nations. Il s'agit là d'une priorité pour les Premières nations et les Inuits.

Le PNLAADA n'a jamais fait l'objet d'un examen complet, mais il a été évalué en 1989. Cette évaluation a donné lieu à plusieurs recommandations visant à le rendre plus efficace et plus efficient et à lui permettre de mieux atteindre ses buts et objectifs fondamentaux.

La vision de la DGSM, à savoir que les Premières nations et les Inuits exerceront en toute autonomie la prise en charge de leurs programmes et ressources en matière de santé dans un délai à déterminer de concert avec eux, est sur le point de se concrétiser; il est donc temps de

réexaminer le PNLAADA et d'établir si des modifications s'imposent afin d'assurer la viabilité et la pertinence du programme.

Au cours de discussions officieuses avec divers intervenants rattachés à un large éventail d'activités du PNLAADA, dont la prévention et le traitement, il a été proposé d'examiner un certain nombre de priorités.

Parmi les questions à examiner, il faut mentionner le financement des centres du PNLAADA, le système d'assurance de la qualité des services du PNLAADA, les systèmes de production de rapports, ainsi que la formation du personnel affecté à la prévention et au traitement et les normes à respecter en ce domaine.

Toutes ces questions seront examinées dans le cadre de l'examen du PNLAADA, en plus d'autres points qui auront été signalés lors du processus de discussion.

2. OBJECTIFS VISÉS PAR L'EXAMEN DU PNLAADA

2.1 Déterminer l'efficacité globale du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.

2.2 Fournir des indications pour la formulation des recommandations stratégiques à suivre par la DGSM et par les collectivités des Premières nations pour l'amélioration des programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.

2.3 L'examen doit servir à appuyer les efforts déployés par les Premières nations, les Inuits et la Direction générale des services médicaux pour donner au programme PNLAADA la plus grande efficacité possible au niveau des collectivités.

3. ÉTENDUE DE L'EXAMEN

En effectuant cet examen, on cherchera à répondre aux questions générales suivantes :

3.1 À l'origine, dans quel but et dans quel contexte le PNLAADA a-t-il été créé? Quels résultats a-t-on obtenu par ce programme? Les résultats correspondent-ils aux attentes initiales?

3.2 Qui sont les différents intervenants, et quels sont leurs rôles et responsabilités par rapport au PNLAADA? Comment ces intervenants perçoivent-ils le PNLAADA?

3.3 Quelles sont les incidences du PNLAADA sur les Premières nations et les Inuits, aux niveaux individuel et collectif?

3.4 Quels sont les points forts et les points faibles du PNLAADA? Quelles possibilités offre-t-il, et quels défis présente-t-il? Comment pourrait-on en améliorer l'application?

3.5 Quels rapports existe-t-il entre le PNLAADA et les autres programmes mis en oeuvre au niveau communautaire?

L'étude comprendra les éléments suivants.

4. ANALYSE DOCUMENTAIRE

On procédera à une analyse complète de la documentation relative aux toxicomanies chez les Premières nations et les Inuits, en observant les règles suivantes :

4.1 Prendre en considération le fait qu'on veut offrir un ensemble de services harmonisés, tenir compte des études antérieures (par exemple de l'examen mené en 1989 et d'autres études portant sur certains projets), et se conformer aux méthodes d'évaluation courantes.

4.2 Rechercher les ouvrages faisant des rapprochements pertinents avec d'autres milieux, par exemple au niveau international ou chez les non-Autochtones.

4.3 Intégrer des informations obtenues par le Système de production de rapports sur les activités de traitement, et examiner des données sur les services non assurés par rapport aux données (coûts, nombre de traitements, types de traitement) concernant les centres de traitement, qu'ils relèvent ou non du PNLAADA.

4.4 Inclure dans l'analyse le rapport final sur l'évaluation à long terme du transfert des services, et les documents de la DGSM sur les politiques de transfert.

4.5 Les renseignements recueillis dans le cadre de cet exercice devraient se rapporter aux constatations et recommandations découlant de l'analyse des

programmes et services du PNLAADA, et ils devraient être utilisés pour étayer ces constatations et recommandations lorsqu'ils sont pertinents.

5. ANALYSE DES PROJETS ET SERVICES DU PNLAADA

Les projets et services du PNLAADA feront l'objet d'un inventaire, avec description et analyse. Des recommandations seront formulées à l'égard des points suivants :

5.1 La gestion des programmes.
5.2 La reddition de comptes.
5.3 Les rôles et responsabilités des intervenants.
5.4 La disponibilité, l'à-propos et l'accessibilité des programmes et services.
5.5 La nécessité d'offrir aux collectivités des Premières nations et des Inuits des programmes et services d'intervention contre les dépendances croisées et les polytoxicomanies.
5.6 L'impact des programmes, des services et des soins fournis.
5.7 Le point de vue et la satisfaction des intervenants à l'égard des projets et services du PNLAADA.
5.8 Les lacunes dans la prestation des services par rapport au principe selon lequel il faut offrir un ensemble de services harmonisés.
5.9 L'impact des programmes offerts par les provinces ou par d'autres organismes, et les liens qui existent entre le PNLAADA et ces programmes.
5.10 Les améliorations qui s'imposent pour accroître l'efficacité globale des programmes et services offerts.
5.11 Les rapports entre le PNLAADA et d'autres services communautaires.
5.12 L'incidence des politiques et pratiques relatives au transfert.
5.13 Les conséquences du transfert des programmes et services en ce qui concerne les fonctions de gestion exercées par les Premières nations.
5.14 Les ressources financières et humaines.

6. POINTS PARTICULIERS À EXAMINER

Dans le cadre de l'analyse mentionnée ci-dessus, on examinera en particulier les points suivants.

6.1 Financement du PNLAADA (volets prévention et traitement)

6.1.1 Méthodes de financement antérieures et actuelles.
6.1.2 Points forts et points faibles des formules de financement du PNLAADA.
6.1.3 Principes du financement.
6.1.4 Modèles établis pour les différentes méthodes ou formules de financement.
6.1.5 Recommandations sur le financement des composantes du PNLAADA.
6.1.6 Répartition par la DGSM des ressources affectées aux programmes.
6.1.7 Rapports entre le PNLAADA et les autres programmes (comme celui des SSNA) du point de vue financier.
6.1.8 Formule de financement suivant le Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC).

6.2 Normes et processus d'accréditation pour le PNLAADA (volets prévention et traitement)

6.2.1 Détermination des programmes ou services pour lesquels il faut établir des normes.
6.2.2 Normes existantes (aux niveaux national et international) pour les programmes de prévention de la toxicomanie.
6.2.3 Modèles et processus d'accréditation possibles.
6.2.4 Recommandations.

6.3 Formation (personnel affecté à la prévention et au traitement)

6.3.1 Examen de la formation et de l'accréditation des travailleurs du PNLAADA ou d'autres normes applicables à ce personnel.
6.3.2 Examen des besoins en formation des travailleurs du PNLAADA.
6.3.3 Examen portant sur les genres de programmes de formation en prévention de la toxicomanie, et sur la disponibilité de ces programmes.
6.3.4 Examen de la politique de formation applicable au PNLAADA.
6.3.5 Recommandations.

6.4 Systèmes de collecte des données et de communication de l'information du PNLAADA (volets prévention et traitement)

6.4.1 Définition et examen du système d'information du PNLAADA.
6.4.2 Identification des utilisateurs potentiels du système d'information du PNLAADA.
6.4.3 Examen des aspects particuliers à l'égard desquels le système répond ou ne répond pas aux besoins.
6.4.4 Solutions à envisager pour faire en sorte que le système réponde aux besoins.
6.4.5 Peut-on et devrait-on faire en sorte que le nouveau système soit intégré à un autre système national de collecte de données sur la santé (par exemple le système d'information sur la santé) ou qu'il soit compatible avec ce genre de système?
6.4.6 Recommandations quant au type d'informations et quant aux systèmes à utiliser pour les projets du PNLAADA.
6.4.7 Méthode de collecte des données suivant le Système d'augmentation des tâches communautaires.

6.5 Politiques et pratiques en matière de transfert (prévention et traitement)

6.5.1 Formules adoptées actuellement dans les régions relativement au transfert du PNLAADA.
6.5.2 Incidence des politiques de transfert en vigueur sur le PNLAADA.
6.5.3 Recommandations.

6.6 Rapports entre les projets ou services liés au PNLAADA et les autres services communautaires

6.6.1 Dans quelle mesure, actuellement, le PNLAADA est-il associé à d'autres programmes et services au niveau communautaire?
6.6.2 Avantages et inconvénients que présente la coordination du PNLAADA avec d'autres services communautaires.
6.6.3 Recommandations.

6.7 Recherche et développement concernant le PNLAADA

6.7.1 Le PNLAADA fait et a fait l'objet d'activités de recherche et de développement aux niveaux communautaire et national. Quelle est la nature et l'ampleur de ces activités?
6.7.2 Quels rapports y a-t-il entre ces activités et la mise en oeuvre des programmes et services du PNLAADA?

6.7.3 Est-il possible et souhaitable de rattacher plus efficacement les activités de recherche et de développement et les résultats obtenus à la mise en oeuvre des programmes et services du PNLAADA?

6.7.4 Existe-t-il des solutions de rechange viables aux approches utilisées actuellement pour la recherche et le développement concernant le PNLAADA?

6.8 Méthodes et pratiques d'évaluation pour le PNLAADA

6.8.1 Quelles sont les pratiques utilisées aux niveaux local, régional et national?

6.8.2 De quels indicateurs de rendement ou instruments de mesure se sert-on?

6.8.3 Les pratiques actuelles sont-elles adéquates? Quelles sont les lacunes observées?

6.8.4 Serait-il possible d'adapter au PNLAADA certaines excellentes pratiques utilisées par d'autres programmes communautaires de traitement et de prévention des toxicomanies?

6.9 Étendue des fonctions des travailleurs du PNLAADA

6.9.1 Quel est le cadre de pratique des travailleurs affectés aux activités de traitement et de prévention dans le cadre du PNLAADA?

6.9.2 Rôles et responsabilités des travailleurs du PNLAADA affectés au traitement et à la prévention.

6.9.3 Quel était le rôle initial des travailleurs du PNLAADA affectés au traitement et à la prévention?

6.9.4 Les tâches des travailleurs du PNLAADA affectés au traitement et à la prévention ont-elles évolué (augmenté ou diminué)?

6.9.5 Recommandations concernant l'étendue des fonctions des travailleurs du PNLAADA et du personnel affecté au traitement.

7. STRUCTURE DE GESTION

On établira un Comité directeur qui aura pour tâche de superviser le processus d'examen du PNLAADA. La Division du soutien des programmes de santé, des PSPNI, fournira le soutien technique nécessaire et assurera la coordination des travaux du Comité.

On retiendra les services d'une société d'experts-conseils de l'extérieur pour l'examen véritable du PNLAADA.

8. COMPOSITION ET RESPONSABILITÉS

Le composition du Comité directeur de l'examen du PNLAADA est dictée par le principe de l'égalité entre les deux partenaires que sont les Premières nations et la Direction générale des services médicaux. L'examen du PNLAADA devrait être fait dans un esprit de collaboration et avec un souci de parfaite transparence.

Le Comité directeur est présidé conjointement par le directeur général de la Direction Programmes de santé des Premières nations et des Inuits et par un représentant des Premières nations désigné par la Society of Aboriginal Addictions Recovery (SOAAR).

Au sein du Comité, on doit compter un directeur régional de la Direction générale des services médicaux, un représentant des consultants régionaux du PNLAADA et deux représentants de l'Assemblée des Premières nations.

Les responsabilités du comité directeur sont les suivantes :

- établissement d'un cadre de référence et détermination des étapes-clés du processus d'examen;
- choix des entrepreneurs;
- surveillance du processus d'examen et orientation générale de l'entrepreneur;
- approbation des documents produits à la suite de l'examen;
- communications avec les cadres supérieurs de la Direction générale à l'administration centrale et dans les régions, ainsi qu'avec les autres principaux intervenants, au sujet des activités relatives à l'examen;
- présentation du rapport final au Comité exécutif de la Direction générale.

9. RÉUNIONS DU COMITÉ DIRECTEUR ET PROVENANCE DES RESSOURCES NÉCESSAIRES À SES ACTIVITÉS

Le Comité directeur tient une réunion ou une téléconférence mensuelles, suivant ses besoins. Le quorum est établi à cinq membres sur six.

Pour les représentants de la DGSM au sein du Comité directeur, les frais de déplacement sont assumés par leur GCR (gestionnaire de centre de responsabilité). Quant aux non-fonctionnaires qui font partie du Comité, leurs frais de déplacement sont payés par la DSPS (PSPNI).

10. MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

L'entrepreneur, en collaboration avec le Comité directeur, doit :

10.1 Établir un cadre pour la réalisation de l'examen, avec plan de travail détaillé.

10.2 Transmettre des rapports d'étape mensuels au Comité directeur de l'examen du PNLAADA.

10.3 Utiliser des méthodes adaptées à la culture autochtone pour la collecte des données et de l'information, en respectant la vie privée des intéressés ainsi que le caractère confidentiel des renseignements. Les méthodologies utilisées doivent comprendre les éléments suivants :

- détermination des besoins en matière de données et d'informations;

- détermination des échantillons susceptibles de couvrir les principaux champs d'intervention du PNLAADA et de bien représenter toutes les régions de la DGSM, y compris le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest (on devrait aussi couvrir les mêmes programmes que lors de l'évaluation effectuée en 1989, ainsi que les collectivités ayant réalisé un transfert de services);

- détermination et mise au point d'une stratégie de collecte des données et des instruments de travail appropriés;

10.4 Présenter les rapports provisoires et définitifs au Comité directeur de l'examen du PNLAADA et au Comité exécutif de la Direction générale.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
Examen général 1998

RAPPORT FINAL

REMERCIEMENTS

L'équipe chargée de l'examen du Programme tient à remercier pour leur hospitalité et leur ouverture d'esprit les Inuits et les membres des Premières nations qui ont participé à la présente étude. La contribution des membres de l'équipe qui ont effectué des visites sur le terrain était importante et a été appréciée. En outre, il convient de mentionner la contribution de personnes comme le Dr Fred Wien, dont l'expertise et les commentaires nous ont été précieux. Les personnes suivantes ont également joué divers rôles dans le cadre de l'étude :

Michel Allard, Iris Bear, Judy Blackburn, Daniel Bork, Regina Borneyc, Laurel Lemchuk-Favel, Donnie Garrow, Kathy Jock, Alethea Kewayosh, Hilda King, Louella Lazore, Cindy Lazore, Tina Leblanc, John McCready, Bill Miller, Shaylene Paul, Yvonne Still, Robin Stone, Julie Toulouse, Noella Toulouse et Benoît Tremblay.

L'équipe chargée de l'examen était composée de Maggie Hodgson, Paul Hanki, John Paul, Virginia Toulouse et Richard Jock.

Table des matières

1.0 INTRODUCTION 1

2.0 RENSEIGNEMENTS DE BASE 3

2.1 Examen général du PNLAADA 3

2.2 Éléments composant le PNLAADA 5

2.3 Contexte initial 6

3.0 RÉSULTATS DE L'EXAMEN DU PNLAADA 8

3.1 Financement du PNLAADA 8
3.1.1 Traitement 11
3.1.2 Prévention, entretien et formation 13
3.1.3 Recherche-développement 15
3.1.4 Gestion et soutien 16

3.2 Attentes des parties intéressées 18
3.2.1 Perception de la gravité des problèmes de dépendance 18
3.2.1.1 Alcool 18
3.2.1.2 Drogues illicites 19
3.2.1.3 Bingo 20
3.2.1.4 Abus des médicaments prescrits 21
3.2.1.5 Jeu 21
3.2.1.6 Abus de solvants 22
3.2.1.7 Suivi de la fréquence et de la prévalence 22
3.2.2 Attentes du PNLAADA 23
3.2.2.1 Importance du programme pour la communauté 23
3.2.2.2 Attentes vis-à-vis des priorités du programme dans certains domaines 24
3.2.2.3 Domaines où le traitement est important pour les communautés 26
3.2.3 Coordination avec d'autres organismes 28
3.2.3.1 Création de réseaux de centres de traitement 29
3.2.3.2 Efficacité des activités de création de réseaux 31
3.2.3.3 Contexte des programmes sociaux et de santé 32
3.2.3.4 Intérêt pour la formation conjointe 33

3.2.3.5 Soutien aux communautés 33
3.2.4 Travaux dans d'autres domaines liés à la guérison 34
3.2.5 Efficacité des travailleurs communautaires affectés au PNLAADA 34
3.2.6 Utilisation des terres et des traditions culturelles 36

3.3 Préoccupations connexes 38
3.3.1 Protection de la vie privée et confidentialité 38
3.3.2 Impacts du transfert 39
3.3.3 Relations fédérales-provinciales 42

3.4 Résultats particuliers concernant les centres de traitement 44
3.4.1 Généralités 44
3.4.2 Capacité et financement des centres de traitement 49
3.4.3 Capacité - soins externes 50
3.4.4 Principaux groupes de clients 51
3.4.5 Aspects financiers 52
3.4.6 Modèles de traitement des dépendance 54
3.4.7 Zones de recrutement des clients 56
3.4.8 Programmes culturels 56
3.4.9 Départs 58
3.4.11 Système de rapports sur les activités de traitement (SRAT) 59
3.4.12 Traitement général 61

3.5 Formation 63
3.5.1 Créer un bassin d'intervenants qualifiés 66
3.5.2 Centres de traitement en tant que centres de formation 67
3.5.3 Formation générale du PNLAADA 68
3.5.4 Besoins en formation connexes 69

3.6 Systèmes à utiliser pour le PNLAADA 69

3.7 Possibilités d'intégration 75
3.7.1 Intégration des efforts de lutte contre les dépendances à Santé Canada 75
3.7.2 Intégration de la planification des programmes communautaires de guérison 76
3.7.3 Établissement d'un équilibre entre les intervenants en santé mentale et ceux du domaine de la lutte contre les dépendances 77
3.7.4 Circulation de l'information dans les deux sens : élément essentiel à un bon travail d'équipe 78
3.7.5 Démarche suggérée pour l'intégrationdes programmes communautaires 79
3.7.5.1 systèmes de prestation intégrée des services de santé-échelon local 79
3.7.5.2 Intégration des centres de traitement dans le cadre d'une approche axée sur la guérison 82
3.7.5.2.1 Nature tertiaire du traitement 83
3.7.5.2.2 Incidence des changements survenus dans les SSNA 83
3.7.5.2.3 Approche suggérée pour l'intégration des centres de traitement 84

3.8 Recherche-développement 86

3.9 Systèmes d'information 87

3.10 Évaluation de programme 88

4. DISCUSSION RELATIVE AUX TENDANCES GÉNÉRALES 91

4.1 Questions liées à la problématique Nord-Sud 91

4.2 Accent sur le traitement 92

4.3 Répercussions des autres compressions touchant les services sociaux et de santé 94
4.3.1 Échelon fédéral 94
4.3.2 Échelon provincial 95
4.3.3 Gouvernement fédéral et provinces 96

4.4 Résumé de la discussion et exposé des possibilités de faire avancer les grandes questions 96

4.5 Évolution de l'autonomie gouvernementale autochtone 98

5. SOMMAIRE 100

6. RECOMMANDATIONS 100

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)

Examen général 1998

1.0 INTRODUCTION

L'examen du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) décrit dans le présent document est le résultat de nombreux efforts. Il a été mis en oeuvre lorsqu'on a constaté les limites de l'examen du PNLAADA effectué en 1989. Le moment était bien choisi pour réexaminer le programme afin de déterminer les modifications à apporter pour en faire un outil à la fois pratique et adapté.

Le processus d'examen du PNLAADA, qui a été supervisé par le Comité directeur chargé de l'examen du programme (CDEP), se voulait axé sur l'esprit de partenariat et totalement transparent. Selon le Comité directeur, pour être efficace, cet examen devait s'appuyer sur l'ouverture d'esprit, le partage d'information et la participation des membres des Premières nations et des Inuits. Le Comité directeur a été mis sur pied dans le cadre d'un partenariat entre les Premières nations et la Direction générale des services médicaux de Santé Canada. Voici la liste de ses membres :

Deanna Greyeyes, Coprésidente, Society of Aboriginal Addiction Recovery

Paul Glover, Coprésident, Directeur général, Direction générale des services médicaux

Chef Lindsay Kaye, Première nation de Sakimay

Paul Kyba, Directeur régional associé, région du Pacifique

Ronald Linklater, consultant par intérim/PNLAADA, région du Manitoba

Lisa Tabobondung, Assemblée des premières nations,

(remplacée par la suite par Keith Conn et Elsie Casaway)

L'examen a été confié à une société issue des Premières nations, choisie dans le cadre du programme visant les entreprises autochtones au terme d'un processus d'appel d'offres. Cette société s'est appuyée sur le mandat élaboré par le Comité directeur sur une période de deux ans (voir l'annexe I).

Le processus d'examen a été mis en oeuvre en plusieurs étapes afin de faciliter au maximum les renvois aux différents résultats :

- On a effectué un examen de la documentation qui porte sur les dépendances et les méthodes d'évaluation dans ce domaine, ainsi qu'une analyse des recherches et des études relatives aux problèmes de dépendance des Autochtones. Cet examen figure à l'annexe II.

- On a interviewé les personnes les mieux informées au sein des Premières nations et de Santé Canada afin de déterminer les problèmes qui préoccupent les principales parties intéressées.

- On a mis au point des sondages postaux qui ont été approuvés par le CDEP. Ces sondages visaient :

  1. les intervenants du PNLAADA;
  2. les chefs des Premières nations et des Inuits;
  3. les travailleurs des services de santé communautaire;
  4. les travailleurs des services sociaux communautaires;
  5. les cadres supérieurs des centres de traitement.

- Le taux de réponse à ces sondages a été le suivant :

Intervenants du PNLAADA	*285 ou 48 %*
Chefs	*179 ou 30 %*
Services de santé	*205 ou 35 %*
Services sociaux	*191 ou 32 %*
Total des réponses	*860 ou 37 %*

- Les sondages ont été codés et des rapports de fréquence ont été produits pour chaque groupe. Ces rapports figurent à l'annexe IV.

- On a organisé des visites sur le terrain dans 37 communautés, au terme d'un processus de sélection aléatoire. Durant ces visites, les groupes suivants ont été interviewés : chef et conseil, travailleurs médicaux, employés des services sociaux, intervenants du PNLAADA, groupes de discussion composés de membres de la communauté et groupes de discussion mis sur pied dans les centres de traitement. Les entrevues se sont principalement déroulées en juin, juillet et août, et se sont terminées à l'automne de 1997 dans certaines communautés. Les

visites sur le terrain étaient basées sur des discussions ouvertes expérimentales, qui s'appuyaient sur les instruments approuvés par le Comité directeur. Les résumés de ces entrevues figurent à l'annexe V*.

- Au terme des visites sur le terrain, les équipes d'examen se sont rencontrées pour discuter des principales conclusions de leurs visites. Ces conclusions ont été intégrées à une ébauche de résultats qui a ensuite été présentée au Comité directeur, ainsi qu'aux groupes de discussion pertinents, décrits dans la section suivante.

- On a examiné plus en détail la documentation et l'historique financier du PNLAADA. Ces études figurent aux annexes II et III.

- De par sa conception, l'étude permettait des renvois aux conclusions des différents examens, en utilisant divers répondants et processus pour recueillir des données. On a constaté une remarquable uniformité des réponses.

- Des groupes de discussion se sont réunis dans toutes les régions à diverses étapes de l'examen. Ils ont fourni des commentaires utiles à l'équipe chargée de l'examen et confirmé la validité des approches adoptées pour cet examen. Leurs conclusions figurent à l'annexe VI*. La création de ces groupes visait en partie à recueillir des commentaires préliminaires sur les résultats de l'examen.

- Le 10 novembre 1997, on a présenté au Comité directeur des conclusions de nature générale, des rapports de fréquence relatifs au sondage postal et des ébauches de recommandations. En décembre 1997 et en janvier 1998, les résultats ont été résumés et analysés, et la rédaction du rapport a été entreprise en février et en mars 1998.

2.0 RENSEIGNEMENTS DE BASE

2.1 Examen général du PNLAADA

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) en est à sa quinzième année d'existence, et le gouvernement fédéral a décidé de mettre l'accent sur la lutte contre

---

* L'annexe V (Sommaires des entrevues) 'est pas incluses dans le présent rapport par souci d'espace, mais le cas échéant, on peut se les procurer à l'adresse suivante : Santé Canada, Direction des programmes de santé des Premiéres nations et des Inuits, Immeuble Jeanne-Mance, Pré Tunney, Ottawa, Ontario, K1A 0L3.

l'alcoolisme et la toxicomanie au sein des communautés des Premières nations. Ce programme, qui a succédé au moins ambitieux Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones, visait à offrir des

traitements et des services de prévention, de formation et de recherche dans le cadre d'une stratégie fédérale globale. L'ébauche du PNLAADA actuel était intégrée au document de travail que le Cabinet a présenté au Conseil du Trésor en février 1982, et qui a été approuvé le 5 avril de cette même année. Il s'agissait à l'origine d'un programme quinquennal de 154 millions de dollars, qui a évolué en passant par une phase de croissance, une période de maturité et, plus récemment, un transfert aux communautés, qui vont en assurer la supervision.

Le PNLAADA était initialement un projet pilote baptisé Programme de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones, approuvé en décembre 1974 et mis en oeuvre sur une période de trois ans, qui a commencé avec l'exercice 1975-1976 mais a évolué par la suite. Il visait à appuyer les projets conçus et gérés par les communautés en matière de prévention et de traitement de l'alcoolisme et de désintoxication, afin d'interrompre et d'inverser les tendances destructrices de nature physique, mentale, sociale et économique.

Ce programme se voulait également un programme de formation équilibré de nature professionnelle, paraprofessionnelle et administrative, visant à soutenir les programmes de prévention, d'entretien et de traitement, en faisant appel à des conseillers de différents niveaux (avancé ou de base). On prévoyait alors que ce volet serait confié à des « postes » contrôlés par des Indiens et géré dans le cadre d'ententes avec des institutions établies. Le document prévoyait en outre la mise en place d'un programme d'accréditation destiné à maintenir des normes appropriées et l'uniformité des services offerts.

Le Programme prévoyait un soutien à la recherche-développement, afin de multiplier les connaissances relatives à la portée et à la nature des problèmes générés par l'acoolisme et la toxicomanie, et d'améliorer l'efficacité des approches adoptées. On reconnaissait également la nécessité d'élaborer des procédures d'évaluation et de gestion des cas, à laquelle s'ajoutait la nécessité de créer un système national de consignation des cas et d'information sur ces derniers, qui permettrait de mieux surveiller et évaluer l'efficacité de chaque cas et du Programme en général.

Parmi les éléments de soutien au Programme discutés dans le document présenté au Conseil du Trésor, on prévoyait la création d'institutions régionales gérées par les Indiens et les Inuits, qui offriraient un appui aux communautés et organisations locales sous forme de financement, d'aide technique, et de services de formation, de recherche, de planification, de coordination et d'évaluation. Lors des discussions initiales portant sur les étapes du Programme, les parties intéressées pensaient qu'il fallait tout d'abord établir la capacité de prestation de services, en mettant sur pied des commissions régionales indiennes des alcools et en s'appuyant sur d'autres éléments comme la formation, la recherche-développement, puis en élargissant la portée des projets communautaires et des programmes de traitement. Dans un tel

contexte, on aurait pu élaborer des accords pluriannuels avec ces commissions, chargées alors d'administrer les projets et d'offrir le soutien nécessaire aux projets communautaires.

2.2 Éléments composant le PNLAADA

Le programme destiné à remplacer le PNLAA initial devait inclure :

- Des services de traitement non médicaux décrits comme des soins primaires postérieurs à la désintoxication, et des services de counselling axés sur la réadaptation sociale et culturelle. Les services de traitement sont également décrits comme des services de counselling psychologique et thérapeutique intensifs axés eux aussi sur la réadaptation sociale et culturelle, et habituellement offerts dans le cadre d'un programme de 28 jours. En examinant les éléments du programme, les auteurs du document ont constaté que les traitements seraient offerts par des établissements de soins aux malades hospitalisés, des maisons de transition et des services de traitement communautaire (malades externes).

- Des activités de prévention et de suivi, incluant le counselling professionnel et paraprofessionnel. Il serait utile que les programmes de prévention et d'entretien intégrés au PNLAADA comprennent une vaste gamme d'activités, et notamment des services d'aide, d'éducation et de counselling, offerts soit à l'ensemble de la communauté, soit au cas par cas. Les services communautaires comprenaient des services d'« entretien » qui devaient inclure le counselling, l'entraide et la thérapie individuelle ou collective. La présentation au Conseil du Trésor faisait également référence aux services « complémentaires », qui devaient viser les familles et les amis des personnes dépendantes. Dans le cadre des approches envisagées, on a déterminé que les services prévus pourraient être offerts par Alcooliques Anonymes ou inspirés des pratiques culturelles et spirituelles des Autochtones.

- Des activités de soutien, comme la formation, la recherche-développement, le soutien organisationnel, le financement, et le fonctionnement et l'entretien des services concernés.

2.3 Contexte initial

À l'origine, le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool chez les Autochtones était une initiative gérée conjointement par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien et Santé et Bien-être social Canada (rebaptisé Santé Canada). Le document de travail sur le PNLAADA présenté par ces deux ministères le 17 février 1982 décrivait la nature limitée du programme, qui avait généré un sentiment d'incertitude parmi les bandes et les autres participants relativement au financement futur. Cela a empêché l'élaboration de systèmes de soutien efficaces à l'échelle nationale et locale, et généré un fort roulement de personnel, en particulier au niveau communautaire. Il a été difficile de négocier des accords de financement permanent avec les autres paliers de gouvernement et d'administration, et l'on n'a pas suffisamment intégré la planification et la mise en oeuvre de stratégies socio-économiques globales. Les auteurs ont tiré cette conclusion au terme d'un processus de consultation à grande échelle, et à partir d'examens préalables, dont les documents de Linklater (1977) et Hickling-Johnson (1979), et le rapport du groupe principal d'évaluation (1980).

Le PNLAADA a été mis en oeuvre avant des initiatives gouvernementales comme le transfert des programmes de santé aux communautés à l'époque de Santé et Bien-être social Canada, le Développement économique des Autochtones par les centres d'emploi et d'immigration du Canada (rebaptisé plus tard Les chemins de la réussite), et une législation complète régissant les gouvernements de bandes. Il semble que, si l'on a décidé d'agir avant l'approbation de ces éléments fondamentaux, c'est en partie parce que la toxicomanie et l'alcoolisme chez les Inuits et les membres des Premières nations étaient des problèmes à la fois visibles et relativement urgents. Cette situation découle évidemment de l'importance accordée à la nature, à la gravité, aux modèles, aux causes et aux conséquences de l'abus d'alcool et de drogues, qui sont décrits en détail dans le document de travail sur le PNLAADA.

Le PNLAAA et celui qui lui a succédé, à savoir le PNLAADA, étaient basés sur les programmes de lutte contre l'alcoolisme, comme en témoignent l'importance accordée au traitement de l'alcoolisme et le type de renseignements décrivant la nécessité d'instaurer un tel programme. On y fait mention de l'abus de solvants, mais cette description est brève et n'indique pas clairement si cet aspect de l'abus des substances devrait faire l'objet de services particuliers.

On a utilisé des accords de contribution comme moyen initial de faire approuver le financement destiné aux communautés et aux organisations. Il existe maintenant d'autres mécanismes de financement qui permettent aux

communautés des Premières nations et des Inuits d'intégrer et de coordonner des programmes et services de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues, et de gérer toute priorité connexe.

Le PNLAADA ne prévoyait pas de services considérés comme étant de nature médicale, par exemple les soins aux adultes en milieu surveillé, la désintoxication et le traitement des traumatismes, probablement parce que les représentants du Ministère jugeaient que ces services étaient normalement offerts par le système de soins de santé de la province concernée.

Par ailleurs, il était clair que le programme ne cherchait pas à aborder les causes fondamentales et les facteurs de dépendance à l'alcool et aux drogues. Toutefois, on reconnaissait que le PNLAADA devait s'appuyer sur d'autres programmes pour améliorer la situation des Premières nations et des Inuits. Une disposition prévoyait une aide technique et financière destinée à promouvoir les liens fonctionnels avec les programmes fédéraux, et à développer un système intégré de soutien qui s'appuierait sur les ressources communautaires, provinciales, privées et bénévoles, en plus des ressources fédérales. La coordination des services posait d'importants problèmes, surtout dans les régions du Nord, où la population est dispersée en petits îlots sur un vaste territoire.

En ce qui concernait les services nécessaires, on a ciblé les communautés isolées et moins développées, les adolescents et les jeunes travailleurs, les migrants urbains et les femmes, en particulier celles qui ont des enfants ou sont enceintes. Cependant, un plus grand nombre de parties intéressées ont reconnu que tous les groupes des Premières nations et des Inuits étaient confrontés au problème de l'abus d'alcool et de drogues.

Il existe des différences importantes entre la situation actuelle et l'environnement contextuel initial décrit dans le document de travail sur le PNLAADA. En 1981-1982, personne ne pensait que la Direction générale des services médicaux avait un mandat en matière de services de santé mentale. On ne comprenait pas l'impact des écoles résidentielles sur les Inuits et la population des Premières nations. On n'accordait pas une importance particulière aux problèmes de violence familiale et de violence sexuelle à l'endroit des enfants. À cette époque, le PNLAADA et le Programme des représentants de la santé communautaire étaient les seuls programmes pour lesquels des travailleurs médicaux des Premières nations étaient disponibles pour gérer un grand nombre de problèmes différents. En outre, le PNLAADA a également précédé l'élaboration des Services à l'enfance et à la famille gérés par les Premières nations, qui sont devenus plus facilement accessibles à l'échelle communautaire, et ont changé la nature de la dotation et les niveaux de rémunération offerts au sein des communautés.

Selon les membres de l'équipe chargée de l'examen, si le plan initial décrit

dans le document de travail de 1981-1982 avait été mis en oeuvre dans son intégralité, il aurait créé un programme plus fort que celui qui est en place actuellement. Dans une certaine mesure, le présent document préliminaire demeure utile, parce qu'il examine les recommandations visant un renforcement des éléments du PNLAADA à l'avenir.

3.0 RÉSULTATS DE L'EXAMEN DU PNLAADA

3.1 Financement du PNLAADA

Le présent examen porte sur les dépenses affectées au PNLAADA à l'échelle régionale et nationale entre 1983-1984 et 1996-1997 dans les catégories générales suivantes : traitement, prévention, formation, recherche, gestion et soutien. Il est impossible de reconstituer en détail les dépenses engagées dans les années 1980, parce qu'on utilisait alors des procédures de consignation différentes d'aujourd'hui. Ainsi, pour les dépenses de contribution visant le traitement, la prévention et la formation engagées dans les années 1980, l'examen s'est appuyé sur les montants prévus au budget plutôt que sur les dépenses réelles. Même si les dépenses réelles affectées à la catégorie de la gestion et du soutien ont été engagées, on n'a pas obtenu la répartition de ces dépenses entre les frais de fonctionnement et les salaires. Le présent examen s'est également heurté aux limites suivantes :

- On n'a pas comptabilisé séparément les dépenses d'immobilisation fournies, sauf pour 1990-1991. Elles sont vraisemblablement intégrées aux dépenses affectées aux traitements généraux, même si certaines dépenses administratives pourraient comprendre des immobilisations.

- Les dépenses de rénovation n'ont pas été comptabilisées séparément. Même s'il s'agissait d'un poste distinct dans le PNLAADA présenté en 1982, le niveau de détails que peut atteindre le présent examen empêche toute analyse du financement mis de côté ou utilisé pour gérer l'infrastructure des centres de traitement.

- On n'a pas comptabilisé séparément l'examen du PNLAADA effectué en 1989, les opérations des commissions régionales et celles du conseil consultatif national.

- Les dépenses de formation n'étaient pas codées séparément dans le cadre des activités régionales globales entre 1983-

1984 et 1989-1990. Par ailleurs, dans les années 1990, deux régions ont codé leurs dépenses de formation de façon incomplète.

- Étant donné que le présent examen se limitait au PNLAADA, il n'a pas été possible d'effectuer une étude plus holistique les dépenses affectées à tous les programmes et services de soins de santé sous l'égide de la Direction générale des services médicaux (DGSM).

Le profil financier du PNLAADA a été altéré par deux événements importants : la décentralisation, en 1992, des fonds destinés aux bureaux régionaux de la DGSM; et la négociation des accords de transfert et des accords intégrés, qui ont délégué par la suite le contrôle des programmes aux communautés. Les bureaux de la DGSM à l'AC ont conservé les ressources nécessaires à la recherche-développement lors de la réorganisation de 1992, et continuent à jouer un rôle en matière de consultation et d'élaboration de politiques, mais aussi de centralisation des ressources documentaires, d'élaboration de lignes directrices, de normes et de ressources éducatives, et d'évaluation du Programme.

Les quatre communautés composant le Conseil de santé des Nis'ga ont été les premières à négocier le transfert du PNLAADA en 1988-1989. Entre cette année-là et 1996-1997, 95 accords (de transfert ou intégrés) ont été conclus; ils visent 202 communautés (voir le tableau I ci-dessous). Les accords intégrés représentaient 1,7 million de dollars sur les fonds alloués au PNLAADA et les accords de transfert, 6,7 millions. Ces fonds, préalablement alloués à la prévention et à la formation dans le cadre d'accords de contribution, ne font plus partie des totaux globaux du PNLAADA. Le transfert de deux centres de traitement a nécessité 1,8 million de dollars supplémentaires.

TABLEAU 1

PNLAADA - ACCORDS DE TRANSFERT ET ACCORDS INTÉGRÉS EN 1996-1997

	ACCORDS INTÉGRÉS		ACCORDS DE TRANSFERT		TOTAL	
	Nombre d'accords	Nombre de communautés	Nombre d'accords	Nombre de communautés	Nombre d'accords	Nombre de commun.

Atlantique	2	3	7	13	9	16
Québec	3	3	14	16	17	19
Ontario	7	13	14	30	21	43
Manitoba	1	1	8	12	9	13
Sask.	3	3	18	42	21	45
Alberta	1	1	1	1	2	2
Pacifique	7	15	9	49	16	64
Yukon	0	0	0	0	0	0
Total	24	39	71	163	95	202

Même s'il a connu un fort développement dans les années 1980, le PNLAADA n'a pas progressé autant que l'ensemble des Programmes de santé des Premières nations et des Inuits (PSPNI). Le PNLAADA a enregistré une croissance de 41 p. 100 entre 1985-1986 et 1990-1991, principalement imputable aux accords de transfert et aux accords intégrés, tandis que les dépenses affectées au Programme diminuaient de 10,7 p. 100. Le volet des PSPNI consacré à la santé communautaire, dont le PNLAADA est un des éléments, a subi également un transfert important. Néanmoins, on observe une augmentation du budget, qui est passé de 18,6 p. 100 du budget global à 27,1 p.100 entre 1990-1991 et 1995-1996. En valeur absolue, les dépenses ont plus que doublé durant cette période, alors que les dépenses affectées au PNLAADA diminuaient de 10,7 p. 100.

Le financement alloué au PNLAADA n' a jamais été réduit durant les quinze années d'existence du Programme, même si les activités de recherche-développement n'ont pas bénéficié des fonds prévus. On a accordé un financement supplémentaire au Système d'augmentation des tâches communautaires (2,8 millions de dollars en 1989-1990) et pour s'adapter à l'augmentation du nombre de clients générée par le Projet de loi C-31, qui accordait un statut aux membres des Premières nations (9,3 millions de dollars sur cinq ans).

À mesure que le programme gagnait en maturité, l'affectation de fonds entre les différents volets du PNLAADA a varié durant les quatorze années sur lesquelles porte le présent examen. Avant le PNLAADA, le budget total alloué au PNLAAA était de 8 millions de dollars par an, dont 75 p. 100

étaient alloués à la prévention et à la formation, et seulement 13 p.100 au traitement. Les concepteurs du programme avaient prévu qu'en 1985-1986, la prévention passerait à 43 p. 100 du budget; malheureusement, cet objectif n'a pas été atteint, puisque le volet Prévention nécessitait encore 58 p. 100 du budget total du PNLAADA à ce moment-là. Entre 1985-1986 et 1990-1991, les dépenses totales affectées au PNLAADA sont passées de 35,1 à 53,3 millions de dollars. Les dépenses affectées au traitement ont augmenté, au détriment de la prévention et de la formation, passant de 35,5 p. 100 du budget en 1985-1986 à 42,9 p. 100 en 1990-1991. Les ressources allouées à la prévention et à la formation ont diminué, pour représenter 44,2 p. 100 du budget. Étant donné que le transfert n'a pas été une variable significative en 1990-1991, l'augmentation des ressources allouées au traitement peut être attribuée à l'enrichissement dans ce domaine et au fait que tous les centres de traitement prévus étaient terminés.

En 1995-1996, les coûts des activités de traitement représentaient une part plus importante du budget du PNLAADA, avec 54,5 p. 100; il semble que cette augmentation était davantage imputable à l'importance accordée au transfert aux communautés des ressources allouées à la prévention et à la formation, par rapport aux transferts limités concernant les ressources allouées aux centres de traitement.

3.1.1 Traitement

Il existe actuellement 49 centres de traitement relevant du PNLAADA, qui offrent environ 695 lits. Il est difficile d'obtenir des chiffres à jour sur le nombre de lits que compte le Programme, étant donné que certains centres de traitement ont pu convertir certaines ressources destinées aux malades hospitalisés en espaces pour malades externes, supprimer des lits ou administrer dans l'établissement des lits financés par la province. Le niveau actuel est inférieur de 5 p. 100 au nombre total de lits prévu, qui était de 730 à la maturité du programme (590 lits de plus devaient être ajoutés aux 140 lits disponibles en 1982). Cet objectif n'a pas été atteint en raison de l'importance croissante accordée aux services aux malades externes et aux soins postopératoires, orientation qui allait dans le sens des recommandations de l'examen national du PNLAADA effectué en 1989.

À l'échelle nationale, les contributions au traitement totalisaient 6,4 millions de dollars en 1983-1984, et sont passées à 16,9 millions en 1989-1990. Dans les années 1990, ces contributions ont continué à augmenter, passant à 23,8 millions de dollars en 1996-1997. Les dépenses annuelles par habitant sont demeurées stables, oscillant entre 38,02 $ et 38,95 $, sauf en 1994-1995 (34,42 $), année où le Centre de traitement de Sagkeeng, au Manitoba, a été

transféré (ce qui a supprimé environ 2 millions de dollars du budget du PNLAADA).

Certaines régions ont couvert les coûts des traitements quotidiens offerts par les centres de traitement privés, souvent grâce aux services de santé non assurés (SSNA). La pratique qui consiste à recourir aux ressources des SSNA dans les centres ne relevant pas du PNLAADA a été examinée en 1995 dans les bureaux de l'AC de la DGSM. Avec la mise en place de budgets régionaux, on a avisé les régions qu'elles ne pourraient plus imputer aux SSNA les dépenses liées au PNLAADA. On leur a proposé de transférer des ressources affectées aux SSNA afin de couvrir les coûts quotidiens des centres ne relevant pas du PNLAADA, mais elles ont été peu nombreuses à choisir cette option. En conséquence, les dépenses de fonctionnement de ces centres sont passées de 2 638 890 $ en 1995-1996 à 689 980 $ en 1996-1997.

Les dépenses réelles par habitant consacrées au traitement sont inférieures à ce qu'avaient recommandé les planificateurs du PNLAADA en 1982. Il était prévu qu'en 1986-1987, 71,50 $ par membre des Premières nations et par Inuit de plus de 15 ans seraient consacrés au traitement.[1] En réalité, les dépenses par habitant ont atteint un montant estimé à 56,03 $, qui représentait 78,4 p. 100 de ce qui était jugé nécessaire pour répondre à la demande. Non seulement le montant réel des dépenses affectées au traitement était inférieur aux prévisions, mais du document du Cabinet (10,1 millions de dollars au lieu de 12,5 millions), mais on a sous-estimé le nombre de personnes admissibles de 15 ans et plus.

Un calcul similaire des dépenses consacrées au traitement par personne de plus de 15 ans donne un montant de 80,83 $ dans le cadre du PNLAADA. Lorsqu'on convertit ce chiffre en dollars de 1986 pour tenir compte des facteurs inflationnistes, on obtient un montant par personne de 59,60 $, soit 83,4 p. 100 du chiffre repère de 71,50 $ établi en 1986-1987.

Une analyse régionale de l'occupation des lits et de l'utilisation de ressources additionnelles (grâce aux SSNA ou à d'autres budgets de fonctionnement) montre qu'il n'existe aucun lien entre l'occupation des lits et l'utilisation accrue des centres de traitement privés. En effet, les régions où le taux d'occupation est le plus bas sont celles qui utilisent le plus ces centres. Dans le cadre du présent examen, nous n'avons pas analysé cette situation en détail en vue d'en déterminer les raisons. Elle a peut-être été créée par le besoin de services de traitement, par exemple en cas d'abus de solvants et d'autres besoins spéciaux; par le souhait des clients de se rendre dans un centre de traitement proche de chez eux au lieu de voyager jujsqu'à un centre du PNLAADA; par la variabilité du calcul des taux d'utilisation des lits; et par l'utilisation inefficace des lits dans les centres relevant du PNLAADA.

Les coûts des traitements par jour-client varient considérablement selon les régions, et peuvent être liés à la taille des centres de traitement, à leur emplacement géographique, aux différences entre les programmes offerts, et aux différences entre les politiques régionales visant les accords de contribution. Entre 1989-1990 et 1995-1996, les coûts de traitement les plus élevés par client ont été enregistrés dans la région de l'Atlantique, où ils ont représenté une moyenne de 213,18 $ pour les sept ans, et atteint un niveau record en 1991-1992, avec un coût individuel annuel de 399,29 $. Les trois régions des Prairies ont enregistré les coûts les plus bas, et le Manitoba avait la moyenne la plus basse avec 75,33 $. Globalement, les coûts quotidiens de traitement à l'échelle nationale pour cette période s'échelonnaient entre 212,14 $ et 159,52 $, avec une moyenne de 138,47 $.

3.1.2 Prévention, entretien et formation

Dans le cadre du PNLAADA, les dépenses affectées à la prévention et à l'entretien couvrent les coûts de fonctionnement pour une gamme de services communautaires d'information, de consultation, d'entraide, de thérapie collective et d'intervention en cas de crise. Dans le document présenté au Cabinet à propos du PNLAADA, la formation était divisée en deux catégories : perfectionnement du personnel, et cours d'orientation et de recyclage permanents. On ne dispose d'aucune répartition entre ces deux éléments pour la période allant de 1983-1984 à 1989-1990. La phase d'expansion des années 1980 est illustrée par l'augmentation régulière des fonds régionaux accordés à la prévention et à la formation. Ces ressources totalisaient 14,5 millions de dollars en 1983-1984, sont passées à 26,8 millions en 1987-1988 et ont terminé la décennie à 24,9 millions.[2]

Les planificateurs du PNLAADA prévoyaient que les dépenses de prévention, d'entretien et de formation totaliseraient 17,6 millions de dollars en 1986-1987, année où le programme parviendrait à maturité. En s'appuyant sur les prévisions relatives à la population des réserves de 15 ans et plus, qui devait totaliser 175 000 cette année-là, ils avaient prévu des dépenses par personne de 100,60 $ pour 1986-1987. Les données sur les budgets précédents obtenues pour le présent document indiquent que 25,9 millions de dollars ont été consacrés à la prévention et à la formation en 1986-1987. En se basant sur les données démographiques réelles, on obtenait des dépenses de contribution à la prévention et à la formation de 130,62 $ par personne, soit 29,9 p. 100 de plus que ce qui avait été prévu.

Les dépenses affectées à la prévention et à la formation sont traitées séparément pour la période allant de 1990-1991 à 1996-1997. En 1990-1991,

les dépenses de prévention totalisaient 22,4 millions de dollars et représentaient 42 p. 100 des dépenses nationales du PNLAADA. Elles ont culminé à 27,4 millions en 1992-1993, pour redescendre à 16,4 millions en 1996-1997, soit 37,4 p. 100 des dépenses totales du PNLAADA. À l'échelle régionale, on a observé une augmentation ou un maintien du niveau des dépenses de prévention jusqu'au milieu des années 1990, moment où elles ont commencé à diminuer en raison de la négociation d'accords de transfert et d'accords intégrés avec les communautés. Nous avons examiné dans le cadre du présent examen l'effet de ces accords de transfert sur la population *non transférée* qui demeurait couverte par le budget du PNLAADA, en calculant les dépenses régionales par personne[1] pour les années 1991-1992 et 1995-1996. Nous avons choisi 1991-1992 parce qu'un petit nombre de transferts a eu lieu cette année-là et qu'ils n'ont touché que 8 p. 100 de la population des Premières nations. En 1995-1996, la proportion de communautés transférées avait plus que quadruplé, atteignant 35 p. 100 à l'échelle nationale.

Les montants par personne varient considérablement selon les régions pour les deux années, en raison de la population de chacune et de la formule utilisée pour allouer les fonds, qui prévoit une répartition de 25 p. 100 des fonds disponibles à part égale entre les régions. Pour les deux années, on obtient une répartition similaire par personne entre les régions. Par exemple, en 1995-1996, on allait de 37,74 $ en Alberta à 147,58 $ dans les provinces de l'Atlantique. Une analyse des changements survenus entre 1991-1992 et 1995-1996 révèle que le niveau de ressources par personne qui reste après le transfert dans une région est proportionnellement plus élevé. Cela peut s'expliquer par le fait que des communautés plus grandes ou des groupes de communautés ont tendance à opérer ce transfert. Il semble que le niveau de ressources par personne soit plus élevé après ces transferts. Étant donné que les dépenses de prévention intégrées au calcul par personne résultent uniquement d'accords de contribution et n'incluent pas les dépenses de gestion et de soutien de la région, la taille du bureau régional restant durant la phase de transfert ne devrait pas être modifiée par ces chiffres.

3.1.3 Recherche-développement

Dans le document de travail sur le PNLAADA de 1982, la recherche-développement figurait en quatrième position, après le traitement,

[1] Pour le calcul des dépenses par personne, on s'est basé sur la population se trouvant sur les réserves et à l'extérieur de celles-ci, recensée par le registre des Indiens.

la prévention et la formation. On avait observé une lacune dans le précédent projet de présentation du PNLAADA. C'est pourquoi le nouveau PNLAADA prévoyait le financement de la recherche pure et appliquée, afin d'accroître les connaissances à propos des problèmes d'abus de substances intoxicantes chez les Autochtones. Il visait à faciliter la mise en place d'interventions et de stratégies de prévention efficaces, et le développement d'un système national d'information et d'archivage des dossiers, qui permettrait de mieux surveiller et évaluer chaque cas, et d'évaluer l'efficacité du programme.

Les prévisions budgétaires du PNLAADA comprenaient un volet consacré à la recherche, qui représentait 5 p. 100 des budgets annuels alloués au traitement et à la prévention/à l'entretien. Ce volet devait voir son budget augmenter régulièrement, de zéro la première année de la stratégie à environ 1,5 million de dollars la cinquième année.

Les données financières montrent que l'approche de la recherche-développement était mal structurée, et qu'on accordait peu d'attention à ce volet dans les années 1980. Les années 1990 ont commencé avec environ 400 000 $ de budget annuel pour la recherche. La meilleure année pour la recherche-développement a été 1992-1993, lorsque près d'un million de dollars ont été consacrés à des projets et à des études. Après le transfert des fonds du PNLAADA aux régions, on a décidé de supprimer la recherche communautaire. Durant les trois années suivantes, le budget annuel était en moyenne de 600 000 $ jusqu'en 1996-1997, où il a chuté à un peu plus de 100 000 $. En pourcentage, le financement alloué à la recherche est passé d'un niveau prévu de 5 p. 100 du budget total à 0,2 p. 100, soit 1/25e du montant estimé dans le programme initial.

3.1.4 Gestion et soutien

Les données financières fournies pour les années 1980 ne fournissent aucune répartition entre les frais salariaux et les coûts d'exploitation dans la catégorie de la gestion et du soutien, et deux régions affichent des données incomplètes. La dernière année pour laquelle les données régionales sont complètes est 1987-1988, où les dépenses de gestion et de soutien ont totalisé 2,6 millions de dollars. Durant les années 1990, elles sont passées de 6,4 millions en 1990-1991 à 1,9 million en 1995-1996. En 1996-1997, elles ont augmenté d'environ 5 p. 100 pour atteindre 2,0 millions.

Le modèle de dépenses salariales à l'Administration centrale et en région pour la période allant de 1990-1991 à 1996-1997 est variable. Malgré l'augmentation du nombre d'accords de transfert et d'accords intégrés, seules les provinces de l'Ontario, de l'Atlantique et du Pacifique ont enregistré une diminution importante de leurs coûts salariaux à la fin de cette période. La

Saskatchewan, dont plus de 60 p. 100 de la population était visée par des accords de transfert et des accords intégrés dans le cadre du PNLAADA en 1995-1996, a vu augmenter ses dépenses salariales depuis 1991-1992. En Alberta, où la majorité de la population n'est pas visée par le transfert des services, ces dépenses sont demeurées relativement stables, malgré les tendances aux transferts, peut-être en raison des politiques régionales qui demeurent totalement fidèles au PNLAADA, même si le budget de celui-ci est considérablement réduit; en effet, les intervenants du PNLAADA assument souvent des responsabilités liées à des programmes connexes comme Grandir ensemble.

Au sein de la Direction des PSPNI, les dépenses salariales sont demeurées élevées entre 1990-1991 et 1994-1995 (environ 400 000 $ par an), même si un seul employé à temps plein était affecté au programme à la fin de cette période. Avec l'abandon de la politique consistant à affecter des employés à des programmes individuels au sein de la Direction des PSPNI, les éléments de divers postes génèrent des coûts salariaux pour le Programme, et il est impossible de reconstituer à partir de ces données financières le nombre réel d'équivalents temps plein (ETP) à l'Administration centrale qui sont associés à un programme comme le PNLAADA.

En 1995-1996, les dépenses salariales de la Direction des PSPNI ont baissé d'environ 360 000 $, pour atteindre 75 672 $, puis remonté à 279 196 $ en 1996-1997. À l'échelle nationale, les niveaux salariaux ont diminué de 14 p. 100 entre 1990-1991 et 1996-1997, ce qui est légèrement inférieur à la diminution globale des dépenses du PNLAADA (non transférées), qui était de 18 p. 100 pour la même période.

TABLEAU 2

NOMBRE D'ÉQUIVALENTS TEMPS PLEIN (ETP) AFFECTÉS AU PNLAADA DE 1983-1984 À 1996-1997

	ETP affectés au PNLAADA	% du nbre total d'ETP affectés aux PSPNI		ETP affectés au PNLAADA	% du nbre total d'ETP affectés aux PSPNI
1983-1984	37	1,5 %	1990-1991	34	1,8 %
1984-1985	54	2,1 %	1991-1992	28	1,5 %
1985-1986	60	2,4 %	1992-1993	28	1,4 %
1986-1987	51	2,2 %	1993-1994	65	3,4 %

1987-1988	50	2,2 %	1994-1995	36	1,9 %
1988-1989	38	2,0 %	1995-1996	30	1,6 %
1989-1990	35	1,8 %	1996-1997	*N/D	N/D

*N/D – Non disponible

Comme l'illustre le tableau 2 ci-dessus, le nombre d'ETP associés à l'intégralité du PNLAADA a fluctué entre 28 et 65 au cours des années à l'étude, et c'est au milieu des années 1980 que le nombre de postes était le plus élevé, mais aussi en 1993-1994, où il a atteint 65 ETP. Dans les années 1980, une moyenne de 2,0 p. 100 des postes affectés aux PSPNI était attribuée au PNLAADA. Ce pourcentage a légèrement diminué pour atteindre 1,9 p. 100 en 1990 (ou 1,6 p. 100 si l'on exclut le fort pourcentage de 3,4 p. 100 en 1993-1994), indiquant que la réduction du nombre de postes affectés à l'ensemble du PNLAADA est négligeable par rapport aux autres PSPNI.

Lorsqu'on examine ensemble les dépenses salariales et de fonctionnement dans les années 1990, on observe une diminution constante et importante par rapport aux niveaux fluctuants qui caractérisaient les salaires annuels. À l'échelle nationale, les dépenses salariales et de fonctionnement sont passées d'un niveau élevé de 3,2 millions de dollars en 1991-1992 à 1,8 million en 1996-1997, ce qui représente une réduction de 43 p. 100. La moitié de cette diminution est imputable à la réduction des dépenses de la Direction des PSPNI.

3.2 Attentes des parties intéressées

Les paragraphes ci-dessous résument les observations de l'équipe en ce qui concerne le point de vue des parties intéressées sur divers aspects du PNLAADA qui ont été étudiés dans le cadre de l'examen. Ces observations et les ébauches de recommandations représentent le point de vue de l'équipe, qui s'est fait une idée au terme de ses études sur le terrain, et de l'examen de diverses données recueillies grâce aux sondages postaux, aux études détaillées et aux groupes de discussion régionaux.

3.2.1 Perception de la gravité des problèmes de dépendance

Observations :

- ***Il est clair que les diverses formes de dépendance (alcool, drogues illicites, médicaments prescrits, bingo et jeu) demeurent un problème grave au sein des communautés.***

- ***La concommation d'alcool produit ou vendu illégalement demeure un problème grave qui touche l'ensemble de la communauté.***

3.2.1.1 Alcool

Les diverses parties intéressées considèrent que l'abus d'alcool est la dépendance la plus préoccupante au sein de la communauté, comme l'illustre le tableau 3 ci-dessous. Cela signifie que, même si l'on a observé des progrès considérables en ce qui concerne la résolution de ce problème, il faut encore mettre l'accent sur les services de prévention et de traitement de l'alcoolisme et les services d'intervention offerts aux communautés. Santé Canada et les Premières nations doivent renouveler les priorités établies et les engagements pris afin de gérer le problème de la production et de la vente illégales d'alcool. Ces efforts doivent être coordonnés avec ceux des spécialistes de l'application de la loi et de la prévention du crime.

TABLEAU 3

Dans quelle mesure la consommation d'alcool pose-t-elle un problème au sein de votre communauté?

Répondant	Note	Problème constant	Problème fréquent	Pourcentage combiné
Chefs	4,2	40 %	43 %	83 %
Services de santé	4,3	46 %	43 %	89 %
Services sociaux	4,4	51 %	38 %	89 %
PNLAADA	4,4	47 %	43 %	90 %

*1 = pas un problème 5 = problème constant

3.2.1.2 Drogues illicites

Observation :

- ***La consommation de drogues illicites est un problème pernicieux de plus en plus grave qui touche les communautés.***

La consommation de drogues illicites est une source de préoccupation croissante, comme l'illustre le tableau 4 ci-dessous. Elle a d'autres répercussions sur la communauté, qui doit faire face au trafic de ces drogues. Durant les visites sur place, ce sont surtout les jeunes qui ont indiqué que la consommation de ces drogues était monnaie courante chez les adolescents et les jeunes adultes. L'effet sur la communauté et ses divers services et structures est particulièrement inquiétant, étant donné l'« infrastructure » illégale nécessaire pour maintenir l'approvisionnement de ces substances au sein de la communauté. Il faudrait créer un groupe de travail chargé d'examiner les moyens de régler le problème des drogues illicites. Ce groupe pourrait élaborer des stratégies visant à améliorer la coordination, la planification et le financement des besoins des communautés.

TABLEAU 4

Dans quelle mesure la consommation de drogues illicites pose-t-elle un problème au sein de votre communauté?

Répondant	Note	Problème	Problème	Combine
Chefs	4,0	33 %	38 %	71 %
Services de santé	4,1	36 %	42 %	78 %
Services sociaux	4,2	40 %	40 %	80 %
PNLAADA	4,2	43 %	36 %	79 %

*1 = Pas un problème 5 = Problème constant

3.2.1.3 Bingo

Les visites sur le terrain et les résultats des sondages postaux, qui figurant dans le tableau 5, révèlent une présence récurrente au bingo, que ce soit sur les réserves ou sur les terrains adjacents. Dans la plupart des communautés, le bingo est considéré comme une activité récréative sans danger, et comme le moyen principal d'appuyer les sports et d'autres programmes communautaires. Le problème lié au bingo est le temps consacré à cette activité, qui est soustrait du temps consacré à la famille, et en particulier aux enfants. Il est important de comprendre les sentiments des jeunes à ce sujet, qui se disent frustrés et en colère vis-à-vis des adultes qui choisissent de passer de très longs moments au bingo, les laissant donc sans supervision; les jeunes se sentent alors négligés et parfois même abandonnés.

3.2.1.4 Abus des médicaments prescrits

Observation

- ***Il faut examiner le problème de l'abus des médicaments prescrits.***

Les visites sur le terrain et les sondages postaux ont révélé qu'en matière de gravité du niveau de dépendance, les médicaments prescrits et le jeu arrivent derrière l'alcool et les drogues, comme l'indique le tableau 5 ci-dessous. Il est cependant intéressant de noter qu'en règle générale, le problème des médicaments prescrits n'est pas très bien compris, et n'est pas considéré comme un problème aussi grave que l'alcoolisme ou la toxicomanie.

Par contre, les données extraites du Rapport du vérificateur général sur les services de santé non assurés indiquent que l'abus des médicaments prescrits est une grave source de préoccupation pour certaines catégories de médicaments, puisqu'il s'apparente à l'abus de solvants. Dans certaines régions, le problème est plus marqué. Il faudrait examiner le système de prestation de services et analyser le problème en profondeur. Il faut également

envisager de demander à un ou à plusieurs centres de traiter les problèmes d'abus de médicaments prescrits et/ou d'offrir une formation aux communautés.

3.2.1.5 Jeu

Observation

- ***Le jeu est un problème qui prend de l'ampleur et qu'il faut régler avant qu'il ne devienne encore plus envahissant.***

En outre, les discussions engagées lors des visites sur le terrain ont révélé que le jeu était considéré comme un problème en progression. Les personnes interrogées ne l'assimilent pas à un problème au premier abord mais, quand elles commencent à réfléchir à la question et aux diverses formes que revêt le jeu, elles reconnaissent la gravité de la dépendance au jeu.

Il faudrait examiner les ressources disponibles afin de déterminer les niveaux d'incidence, de concevoir des campagnes d'information appropriées et d'offrir les interventions et les services de traitement nécessaires. Il faudrait organiser des discussions avec les bénéficiaires provinciaux et nationaux de divers types de jeux de hasard, par exemple les loteries, les billets à languette et les casinos.

3.2.1.6 Abus de solvants

Même s'il se classe assez bas, comme l'indique le tableau 5, l'abus de solvants demeure une source de préoccupation. Les visites au sein des communautés ont révélé un modèle variable et intermittent dans ce domaine. Il faut étudier la gravité des effets de ce type d'abus sur les jeunes. Cette question est discutée plus en détail ci-après.

TABLEAU 5

Dans quelle mesure le bingo, l'abus de médicaments prescrits, le jeu et l'abus de solvants posent-ils un problème au sein de votre communauté?

Répondants	Bingo Note moy.	Médicaments Note moy.	Jeu Note moy.	Solvants Note moy.
Chefs	3,5	3,0	3,0	2,7
Services de santé	3,7	3,2	3,2	2,8
Services sociaux	3,5	3,1	3,2	2,8
PNLAADA	3,8	3,2	3,4	2,7

*1= Pas un problème 5 = Problème constant

3.2.1.7 Suivi de la fréquence et de la prévalence

Santé Canada devrait instaurer de nouveau un programme de recherche structuré qui permettrait de définir et d'anticiper systématiquement les modèles de dépendance. Pour élaborer ce programme structuré, il faudrait faire appel à un comité de mise en oeuvre composé de membres des communautés et organisations des Premières nations et des Inuits qui ont l'expérience de la recherche, par exemple l'Alberta Addictions and Drug Abuse Commission. En outre, Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devraient s'engager à intégrer les questions liées à la dépendance à la prochaine phase de l'enquête longitudinale sur la santé des Premières nations.

3.2.2 Attentes du PNLAADA

Observations

- ***Les gens accordent une grande importance au programme.***
- ***Nombreux sont ceux qui attendent des employés de la communauté affectés au PNLAADA qu'ils ofrent des services couvrant l'ensemble des activités de promotion, de prévention, d'intervention et de counselling, ainsi que des services thérapeutiques, des soins postopératoires et de soutien.***

3.2.2.1 Importance du programme pour la communauté

Les entrevues sur place avec les dirigeants des communautés et les sondages postaux ont révélé que les attentes étaient très élevées. Dans les réponses au sondage postal, les chefs ont exprimé leurs attentes vis-à-vis du programme avec une note moyenne de 4,1 sur une échelle de 5. Quarante-cinq pour cent de ces répondants considèrent que le programme est extrêmement important et 34 p. 100, qu'il est très important. Ce classement va dans le sens de celui des autres répondants des communautés, illustré dans le tableau 6 ci-dessous.

TABLEAU 6

Dans l'ensemble, quelle importance les membres de votre communauté accordent-ils au programme?

Répondants	Note moyenne	Extrêmement important	Très important
Santé	4,0	44 %	25 %
Services sociaux	4,2	51 %	25 %
PNLAADA	4,2	48 %	29 %
Chefs	4,1	45 %	34 %

*1 = Pas important 5 = Extrêmement important

3.2.2.2 Attentes vis-à-vis des priorités du programme dans certains domaines

Observations

- ***Santé Canada et les organisations inuites et des Premières nations devraient élaborer une stratégie nationale de marketing social à l'appui des objectifs du programme en matière de prévention, afin de répondre aux besoins de soins de santé de la population.***

Lorsqu'on a demandé aux chefs, dans le sondage postal, si certains volets du PNLAADA devaient faire l'objet d'une attention spéciale, ils ont répondu qu'ils n'accordaient pas leur préférence aux activités de prévention et de promotion, ou aux activités de traitement. C'est révélateur des attentes générales dans les domaines où le travail des employés affectés au PNLAADA est censé avoir un impact. Deux domaines font exception : les attentes des chefs sont élevées en matière d'élaboration de politiques et de réglementation de l'alcoolisme, et en ce qui concerne les services des programmes d'aide aux employés offerts aux membres de la communauté.

Comme l'indique le tableau 7 ci-dessous, en matière de prévention, les chefs interrogés ont dit accorder leur préférence aux activités visant les adolescents de 19 ans et moins, suivis des enfants de 12 ans et moins. Les services aux jeunes adultes de 25 ans et moins venaient en troisième position, suivis des services aux adultes de plus de 25 ans.

TABLEAU 7

Veuillez attribuer une note à l'importance que, selon vous, il faut accorder aux domaines suivants du PNLAADA

Activités de prévention	Note moyenne des chefs	Note moyenne des services sociaux	Note moyenne des travailleurs médicaux	Note moyenne des personnes affectées au PNLAADA
Élaboration de politiques visant la consommation ou la réglementation de l'alcool	3,7	3,5	3,5	2,9
Élaboration de stratégies destinées à créer un style de vie plus sain	4,6	4,6	4,5	4,2
Mise en oeuvre d'activités éducatives à l'école				
• Entre 5 et 8 ans	4,1	4,1	4,4	3,7
• Entre 8 et 12 ans	4,4	4,4	4,5	4,0
• Entre 13 et 19 ans	4,6	4,5	4,6	4,1

Mise en place d'autres environnements et activités récréatives				
• Enfants jusqu'à 12 ans	4,6	4,1	4,3	3,9
• Adolescents jusqu'à 19 ans	4,6	4,3	4,4	4,0
• Jeunes adultes jusqu'à 25 ans	4,4	4,3	4,3	3,9
• Adultes de plus de 25 ans	4,3	4,1	4,1	3,7
Interventions précoces auprès des				
• Enfants jusqu'à 12 ans	4,5	4,3	4,4	4,0
• Adolescents jusqu'à 19 ans	4,6	4,4	4,6	4,0
• Jeunes adultes jusqu'à 25 ans	4,3	4,3	4,4	3,8
• Adultes de plus de 25 ans	4,2	4,2	4,2	3,7
Organisation de campagnes d'éducation communautaire				
• Journal local	4,1	4,0	4,2	3,5
• Radio communautaire	3,4	3,5	3,6	2,8
• Ateliers/conférenciers	4,5	4,4	4,5	4,1
• Documents écrits	4,1	4,0	4,0	4,0
• Vidéo	4,3	4,1	4,1	3,8
Établissement de réseaux avec d'autres prestataires locaux				
• Grandir ensemble	4,5	4,2	4,1	4,0
• Pour des collectivités en bonne	4,5	4,3	4,2	4,0
santé	4,5	4,4	4,4	3,9
• Travailleurs spécialisés dans la	4,4	4,4	4,3	4,2
santé mentale	4,3	4,4	4,3	3,9
• Services à l'enfance et à la famille	4,4	4,4	4,3	4,0
• Services sociaux/aide sociale	4,3	4,3	4,4	4,0
• Infirmières de santé publique				
• RSC				
Prestation de services à la communauté dans le cadre du programme d'aide aux employés	3,9	3,8	3,8	3,1

* 1 = Pas important 5 = Extrêmement important

3.2.2.3 Domaines où le traitement est important pour les communautés

Observation

- ***Il faudrait revoir la portée des tâches des travailleurs communautaires afin de tenir compte des attentes et des réalités liées au travail accompli.***

- ***Il faudrait élaborer des modèles de protocoles afin d'aider les communautés à répondre aux demandes qui doivent être traitées dans les 24 heures et à gérer les services de garde au sein des communautés.***

En plus du fait que la population a des attentes élevées vis-à-vis d'une vaste gamme de services dans les domaines de la promotion, de la prévention et de l'intervention, les chefs ont exprimé le même type d'attentes vis-à-vis des services de traitement. Par ordre de priorité décroissante, ils ont classé les activités qui seraient considérées comme des services de traitement ou des services connexes au sein de la communauté (voir le tableau 8 ci-dessous). Il est utile de déterminer des domaines de préférence générale mais, en raison de la faible différence entre les diverses activités, il faut rappeler que les chefs attachent une grande importance aux différents volets du traitement. Il est néanmoins significatif que la valeur la plus élevée soit accordée aux activités qui encouragent la sobriété; cela signifie peut-être que les chefs reconnaissent qu'il s'agit là d'un volet du PNLAADA particulièrement difficile, qui l'est donc aussi pour les clients inuits ou membres des Premières nations servis par le Programme.

Dans la section portant sur la prévalence des diverses dépendances à l'échelle communautaire, les parties intéressées ont placé en deuxième position la toxicomanie, juste derrière l'alcoolisme. Cependant, parce que ces répondants étaient des adultes qui ne connaissent probablement pas très bien le milieu des toxicomanes, la consommation de drogues illicites a peut-être été sous-évaluée. Il semble donc que l'on reconnaisse l'existence de certaines lacunes dans le Programme, qu'il faut combler pour répondre aux besoins les plus pressants de la communauté.

Les membres des communautés se disent inquiets du manque de suivi des services de traitement par les employés affectés aux programmes communautaires. Ils s'inquiètent également des longues périodes d'attente nécessaires au traitement sur place et du manque d'options locales en ce qui concerne les services de traitement et de désintoxication. Les participants aux groupes de discussion composés de personnes en traitement et de membres de la communauté ont trouvé que les approches culturelles du traitement étaient très efficaces. Ils pensent que les personnes adoptant une approche traditionnelle de la gestion de l'alcoolisme et de la toxicomanie sont celles qui ont le plus de chances de réussir. Les deux groupes pensent qu'il serait souhaitable d'adopter des modèles holistiques et d'utiliser des outils traditionnels comme les cercles de guérison.

TABLEAU 8

Indiquez l'importance qu'il faudrait selon vous accorder aux volets suivants du PNLAADA dans votre communauté
(résumé des réponses des chefs à propos des divers services de traitement)

Domaine de priorité	*Note moy.	Grande importance	Extrême importance	Pourcent. total
Organisation d'activités qui encouragent la sobriété	4,7	13 %	79 %	92 %
Coordination & orientation vers les centres de traitement du PNLAADA	4,5	30 %	61 %	91 %
Coordination & orientation vers d'autres centres de traitement autochtones	4,5	23 %	65 %	88 %
Conseils directs aux familles des clients	4,5	19 %	66 %	85 %
Vérification de l'état de santé des clients durant le traitement	4,5	23 %	66 %	89 %
Mise sur pied de groupes de soutien au sein de la communauté	4,5	20 %	68 %	88 %
Évaluation des clients	4,4	27 %	60 %	87 %
Coordination & orientation vers des programmes de désintoxication	4,4	26 %	57 %	83 %
Coordination & orientation vers un traitement spécialisé	4,4	29 %	56 %	85 %
Suivi des clients	4,4	21 %	65 %	86 %
Suivi au bout de six mois ou chaque année	4,4	22 %	65 %	87 %

*Par ordre de priorité décroissant (1 = Pas important 5 = Extrêmement important)

3.2.3 Coordination avec d'autres organismes

Observation

- ***Il existe des obstacles réels et perçus au partage de l'information et à la gestion des cas entre les prestataires de service: concernés.***
- ***Les parties intéressées savent qu'elles doivent créer des réseaux et perfectionner leurs compétences dans des domaines interdisciplinaires.***
- ***Il existe déjà certains modèles organisationnels efficaces.***

Lorsqu'on regroupe dans un tableau les notes attribuées par tous les répondants aux sondages postaux (voir le tableau 9 ci-après), on constate qu'ils ont accordé les notes les plus élevées à la nécessité de coordonner les activités du PNLAADA et celles des spécialistes des soins communautaires de santé mentale. La deuxième série de notes élevées vise le travail avec les services à l'enfance et à la famille, les infirmières de santé publique et les représentants en santé communautaire. Ce modèle est différent parce que les chefs accordent davantage d'importance que les travailleurs sociaux ou médicaux au fait de travailler avec les responsables des programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé.

Comme on a pu le voir plus haut dans le résumé des réponses, les parties intéressées accordent une grande importance à la création de réseaux entre les intervenants du PNLAADA au sein de la communauté et les autres travailleurs de la communauté. Lorsqu'on compare les attentes décrites dans le tableau 9 aux réponses des intervenants du PNLAADA, on constate que les priorités sont légèrement différentes. Les intervenants du PNLAADA accordent plus d'importance à l'établissement de réseaux avec les intervenants spécialisés dans l'aide sociale à l'enfance.

Même si les réponses aux questions ouvertes ne permettent pas de le mesurer avec précision, les répondants ont mentionné fréquemment la nécessité de travailler avec divers organismes d'application de la loi et du droit, comme la Gendarmerie royale du Canada, les agents de police des bandes et les travailleurs sociaux auprès des tribunaux. Cette mention vient appuyer un commentaire déjà formulé auparavant, selon lequel les communautés sont préoccupées par la consommation de drogues illicites, la vente illégale de boissons alcoolisées et l'interaction de certains clients avec le système juridique en lien direct ou indirect avec leur abus de substances intoxicantes. Il faudrait organiser des discussions conjointes avec le ministère de la Justice, Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits afin de gérer la vente illégale d'alcool et de drogues, et de solliciter un financement dans le

cadre d'initiatives de prévention de la criminalité destinées à lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie dans les communautés.

TABLEAU 9

Veuillez attribuer une note à l'importance que vous accordez à la création de réseaux avec d'autres organismes prestataires de services à l'échelle locale

Organisme prestataire	Note moyenne des chefs	Note moyenne des travailleurs médicaux	Note moyenne des travailleurs sociaux	Note moyenne des intervenants du PNLAADA
Grandir ensemble	4,5	4,1	4,2	4,2
Pour des collectivités en bonne santé	4,5	4,2	4,3	4,0
Spécialistes des soins communautaires de santé mentale	4,5	4,4	4,4	4,0
Spécialistes des services à l'enfance et à la famille	4,4	4,3	4,4	4,0
Services sociaux Aide sociale	4,3	4,3	4,4	4,0
Infirmières de santé publique	4,4	4,3	4,4	3,9
Représentants en santé communautaire	4,3	4,4	4,3	3,9

*** 1 = Pas de problème 5 = Problème fréquent**

3.2.3.1 Création de réseaux de centres de traitement

Observation

- ***On ne crée pas assez systématiquement des réseaux de centres de traitement, et l'on n'utilise pas assez les autres prestataires de services sociaux et de santé dans ces centres.***

Les centres de traitement n'utilisent pas le même type de personnel que les communautés au sein du système de services sociaux et de santé (voir le tableau 10 ci-après). Il est important de noter que les notes moyennes attribuées

par les répondants en matière d'utilisation dans les centres de traitement sont inférieures à celles qui s'appliquent aux communautés. Cette différence peut être imputable au fait que les programmes de soins aux malades hospitalisés sont plus autonomes. Cependant, cette note reflète aussi la nécessité de déployer des efforts concertés pour créer plus systématiquement des réseaux et utiliser le personnel extérieur dans les centres de traitement du PNLAADA.

Pour être efficaces, les approches des programmes doivent être multidisciplinaires. Il est étonnant de constater qu'un petit nombre de répondants disent recourir à des psychologues dans les centres de traitement, quand on connaît la nature de leur travail, et qu'on sait que la violence familiale et la violence sexuelle sont des facteurs déterminants. Il faut mieux coordonner les activités avec celles des autres prestataires de services.

TABLEAU 10

Fréquence d'utilisation des différents employés par les centres de traitement du PNLAADA

Types de personnel	*Moyenne
Aînés	3,9
Guérisseur traditionnel	3,9
Médecin	3,5
Infirmière de santé publique	3,1
Superviseur clinique	3,0
RSC	3,0
Psychologue	2,9
Nutritionniste	2,7
Travailleur social	2,6

* 1= Pas du tout 5 = Extrêmement souvent

3.2.3.2 Efficacité des activités de création de réseaux

Observation

- ***Il faut améliorer la création de réseaux avec les autres employés affectés aux services sociaux et de santé***

Le tableau suivant indique le degré de satisfaction des parties intéressées relativement à l'**efficacité** avec laquelle les intervenants du PNLAADA collaborent avec les autres spécialistes des services sociaux et de santé de leur communauté.

TABLEAU 11

Dans quelle mesure jugez-vous que les intervenants du PNLAADA collaborent efficacement avec les autres prestataires de services sociaux et de santé?

Répondants	*Note moyenne
Chefs	3,9
Prestataires de services de santé	3,5
Prestataires de services sociaux	3,7

*1 = Pas efficace du tout 5 = Tout à fait efficace

Il est clair que les attentes des parties intéressées sont élevées, et qu'il faut vraiment créer des réseaux entre les divers programmes, et coordonner les activités du PNLAADA avec celles des autres prestataires de services sociaux et de santé de la communauté. Par ailleurs, il semble que les parties intéressées ne soient pas aussi satisfaites de l'efficacité des activités de coordination.

3.2.3.3 Contexte des programmes sociaux et de santé

L'abus de l'alcool, des drogues et des solvants est à l'origine de nombreux autres problèmes auxquels sont confrontés les intervenants sur les réserves. La violence familiale, la violence sexuelle à l'endroit des enfants et de nombreux autres aspects des problèmes gérés par les services à l'enfance et à la famille sont liés à l'abus de l'alcool et d'autres substances intoxicantes. Dans de nombreuses communautés, les travailleurs médicaux comme les infirmières de santé publique et les représentants en santé communautaire constituent les premiers points de contact pour n'importe quel type de problème de santé que la plupart des membres de la communauté assimilent à une dépendance. Cette préférence est partiellement basée sur l'historique des programmes des communautés des Premières nations et des Inuits, où les infirmières et les RSC ont été les premiers travailleurs communautaires à temps plein chargés de régler les problèmes sociaux et de santé.

Ces dix dernières années, même si les services à l'enfance et à la famille n'étaient pas accessibles à tous les Canadiens, la plupart des provinces ont engagé au sein des organisations des Premières nations et des Inuits des personnes qu'elles ont affectées à ces services. Pour que le MAINC finance l'aide sociale à l'enfance et qu'un organisme puisse être créé, il faut qu'un certain nombre d'enfants aient besoin de soins. Ainsi, de nombreuses communautés de petite taille s'unissent aux communautés adjacentes pour créer des organismes qui offriront ces services.

Au cours des cinq dernières années, on a observé une évolution graduelle des programmes de soins de santé mentale en ce qui concerne les responsabilités assumées par Santé Canada. Les services offerts par les psychologues, les travailleurs sociaux et les thérapeutes visaient principalement à régler les situations de crise et les autres problèmes de santé mentale. Plus tard, d'autres modes de financement ont été créés, grâce aux programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé. Même si, à l'origine, Grandir ensemble était un programme national axé sur le développement des enfants, on a reconnu par la suite que les services de santé mentale visant l'ensemble des communautés autochtones étaient admissibles à ce financement. Le programme Pour des collectivités en bonne santé comprend un volet « santé mentale » qui est le plus important de ses cinq volets. De nombreux domaines de responsabilité des prestataires de soins de santé mentale ont un lien à la fois direct et évident avec l'abus d'alcool et d'autres substances intoxicantes, notamment : la promotion de la santé, les programmes visant les jeunes, la promotion de modes de vie sains, la prévention du suicide et l'intervention en cas de crise.

Malheureusement, le fait que chacun des intervenants décrits plus haut n'élabore pas nécessairement de plan de travail annuel complique les choses. Même s'ils le font, ils ne les partagent pas nécessairement avec leurs collègues. En général,

il semble que la structure de gestion des communautés visées par un transfert possède une hiérarchie et des pratiques de gestion claires, par exemple en matière de planification et d'évaluation. En règle générale, les communautés visées par des accords de contribution ne possèdent pas les ressources de gestion ou la marge de manoeuvre nécessaires pour pouvoir réaffecter les fonds. Par ailleurs, Santé Canada assure un suivi moins régulier du respect des conditions des accords. Il existe cependant des exceptions. Par exemple, le Mohawk Council of Kahnawake, qui n'est pas visé par un transfert, dispose d'un système de conception et de gestion de programmes très impressionnant, qui devrait servir de modèle à d'autres communautés.

De la même façon, la Première nation de Rama, qui utilise un modèle inspiré de travaux effectués par le passé par Hollow Water, dispose d'un modèle de gestion des cas dont pourraient également s'inspirer d'autres communautés. Ce modèle est légèrement différent, en ce sens que l'intervenant du PNLAADA est affecté au programme de services sociaux et non aux services de santé de la communauté. Ce programme comprend un processus central d'évaluation et d'orientation vers les services appropriés représentés dans un cercle de guérison. Il est cependant intéressant de noter qu'une partie du processus d'évaluation détermine la nature des services requis, et permet de nommer des personnes en fonction de variables comme le sexe ou les compétences particulières. Un formulaire de diffusion d'information est signé dans le cadre du processus d'inscription, ce qui garantit une analyse déontologique mesurée des problèmes relatifs au cas. L'autre aspect de l'approche du cercle de guérison utilisée par cette communauté est le soutien mutuel des intervenants, qui évite le surmenage, problème que rencontrent les autres communautés.

3.2.3.4 Intérêt pour la formation conjointe

Les sondages postaux et les entrevues au sein des communautés ont révélé la nécessité de créer des réseaux et de développer des compétences dans des domaines interdisciplinaires. Par exemple, les prestataires de services sociaux et de santé se disent intéressés par la formation, qui encouragerait des approches plus efficaces des besoins de la communauté (ils sont respectivement 80 p. 100 et 79 p. 100 à appuyer la formation).

3.2.3.5 Soutien aux communautés

Santé Canada devrait jouer un rôle de chef de file vis-à-vis des organisations des Premières nations et des Inuits, en effectuant les recherches appropriées liées à la loi et aux programmes, afin d'élaborer des protocoles normalisés de diffusion et de partage d'information. Il faut accorder la priorité à la création de réseaux, au partage d'information et aux protocoles avec les programmes sociaux comme les services à l'enfance et à la famille et les programmes d'aide sociale.

Il faudrait élaborer des plans de travail et des procédures afin d'aider les travailleurs à se concentrer sur les besoins des communautés. Santé Canada et les Premières nations devraient établir annuellement des priorités stratégiques qui aideraient le programme à cibler les communautés, à les aider et à leur apporter un leadership. Ces plans et procédures doivent mettre l'accent sur les stratégies de prévention, d'intervention et de traitement visant les adolescents, et être coordonnés avec les autres programmes de services sociaux et de santé de la communauté.

3.2.4 Travaux dans d'autres domaines liés à la guérison

Voici d'autres domaines dans lesquels les personnes affectées au PNLAADA peuvent offrir des services : prestation de services aux personnes en deuil (note moyenne de 3,8), qui souffrent de dépression (note moyenne de 3,6), de violence conjugale (3,5), sont victimes de violence (3,5), de violence sexuelle (3,3) ou de délinquants (3,3). Il est particulièrement intéressant de souligner la participation du PNLAADA à la résolution des problèmes relatifs au tabac, au SIDA et aux programmes liés au SAF/à l'EAF. Un grand nombre d'intervenants du PNLAADA offrent peu ou pas de services, tandis que d'autres indiquent que les activités sont nombreuses dans ces domaines.

Comme pour les points ci-dessus, on pourrait améliorer la coordination de certains éléments et l'efficacité des services, en élaborant une stratégie de formation qui porterait sur les domaines d'intérêt commun.

3.2.5 Efficacité des travailleurs communautaires affectés au PNLAADA

Observation

- ***En règle générale, les intervenants du PNLAADA sont très dévoués envers la communauté et très spécialisés dans les problèmes de dépendance.***

Dans toute population, certaines personnes sont moins engagées et moins dévouées que d'autres, ou possèdent moins de compétences ou les utilisent moins bien que d'autres. Néanmoins, les intervieweurs qui se sont rendus sur le terrain ont noté qu'un grand nombre de travailleurs étaient à la fois très dévoués et très efficaces. Le sondage postal a révélé que le PNLAADA répondait aux besoins de la communauté de façon extrêmement efficace pour 8 p. 100 des

répondants, de façon très efficace pour 22 p. 100 et de façon efficace pour 34 p. 100.
Malgré le dévouement de l'ensemble des personnes travaillant pour le programme, le PNLAADA nécessite certaines améliorations, puisque 29 p. 100 des répondants le jugent moyennement efficace et 7 p. 100, pas efficace. Il convient de noter que les Maritimes enregistrent le plus haut taux de satisfaction (1 = pas efficace et 5 = extrêmement efficace), tandis que l'on retrouve les taux les plus bas en Alberta (2,3), en Colombie-Britannique (2,7) et en Ontario (2,8).

Cela peut s'expliquer en partie par les préoccupations soulevées à propos du niveau et de la disponibilité de la formation, et par la nécessité d'adopter une approche systématique des programmes traitant des problèmes de dépendance. Les travailleurs des provinces de l'Atlantique ont eu accès à une formation du niveau du baccalauréat, ce qui semble avoir influé sur les notes attribuées. Les intervenants du PNLAADA ont soulevé des préoccupations relatives à tous les aspects de la formation, en particulier la formation de pointe et spécialisée en matière de prévention, de promotion de la santé et de développement des communautés.

Tous les groupes, parties intéressées et travailleurs se sont dits inquiets à propos de leur crédibilité, de leur reconnaissance et du soutien dont a besoin le Programme de la part des gestionnaires et des dirigeants locaux, régionaux et nationaux. Ils ont également indiqué que le Programme devait absolument répondre aux besoins locaux : efficacité des communications avec les dirigeants et les membres de la communauté, et de la présentation de rapport à ces derniers; création de réseaux avec les autres prestataires de services sociaux et de santé; et utilisation des ressources communautaires pour gérer les besoins des personnes dépendantes.

Les chefs ont indiqué que les intervenants du PNLAADA devraient être disponibles jour et nuit, que les programmes et services devraient être offerts à tous les groupes d'âge, et que les services devraient être offerts dans les domaines liés à la violence familiale, à la violence conjugale, aux cas de deuil et aux sentiments de perte, et au SAF/à l'EAF. Pour pouvoir établir les priorités des parties intéressées (qui devraient orienter les stratégies du PNLAADA), il est important de savoir que tous les secteurs du programme et tous les groupes cibles visés par le sondage ont généré des notes moyennes élevées. Cela indique que les attentes vis-à-vis des intervenants du PNLAADA sont très élevées et visent une vaste gamme d'activités, qui vont au-delà des limites des programmes de traitement des dépendances. De toute évidence, de telles attentes sont difficiles à satisfaire. Bon nombre des domaines désignés par les répondants sont liés au traitement, mais il faut admettre la nécessité d'élargir la portée du programme en matière de prévention et de planification, en collaboration avec les travailleurs affectés au programme Grandir ensemble.

La cote d'efficacité du PNLAADA attribuée par les répondants ne concerne pas seulement l'efficacité des travailleurs actuellement affectés au programme. C'est ce que révèlent les commentaires figurant dans la section « Comment amélioreriez-vous le PNLAADA? », puisque les répondants ont parlé des niveaux de ressources du programme, ont répété qu'il fallait engager des employés à temps plein et que les travailleurs devaient traiter avec les personnes des deux sexes. La résolution de ces problèmes échappe au contrôle des intervenants du PNLAADA, et doit être confiée aux principaux décideurs des Premières nations et de leurs organisations, ainsi que de Santé Canada.

Lors des visites dans les communautés, les personnes interrogées ont exprimé des préoccupations prévisibles à propos de l'efficacité de chaque travailleur. Certaines de ces préoccupations portent néanmoins sur la conception du programme et le soutien à celui-ci. Par exemple, un grand nombre des participants aux groupes de discussion pensent que les intervenants du PNLAADA doivent quitter leur bureau et rencontrer les membres de la communauté. Dans le même esprit, le fait de demander à ces travailleurs de rester au bureau de 9 à 5 tous les jours ne répond pas aux besoins de la communauté. Une forte proportion des membres du groupe cible se trouve à l'école ou au travail durant ces heures-là, et les travailleurs devraient donc organiser leurs activités le soir ou la fin de semaine. En outre, les groupes de discussion ont indiqué qu'il faudrait privilégier des approches saisonnières, par exemple les camps d'été, qui correspondent à des périodes où les personnes visées sont disponibles et s'ennuient.

3.2.6 Utilisation des terres et des traditions culturelles

Les répondants ont souvent mentionné la nécessité d'intégrer au PNLAADA l'utilisation des terres et de l'environnement, des traditions locales, des langues autochtones et de personnes-ressources comme les Aînés. Ces observations sont intéressantes, parce que les programmes communautaires et les centres de traitement accordent peu d'importance à ces éléments, ce qui est surprenant.

Les chefs des communautés ont répondu comme suit à la question « Êtes-vous satisfait de la façon dont votre programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues a intégré votre culture tribale? » : Pas du tout - 9 %; moyennement - 15 %; satisfait - 35 %; très satisfait - 22 %; extrêmement satisfait - 19 %.

Le tableau suivant indique les réponses des intervenants du PNLAADA relativement à l'utilisation des langues autochtones et des valeurs spirituelles dans le cadre de leurs programmes :

TABLEAU 12

Réponse des intervenants du PNLAADA à propos du degré d'intégration au Programme de la langue autochtone et des valeurs spirituelles

Degré d'utilisation	Votre programme offre-t-il des services dans les langues autochtones?		Est-ce que votre programme intègre les valeurs spirituelles?	
	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.
Pas du tout	77	33 %	12	5 %
À peine	33	15 %	21	9 %
Occasionnellement	36	16 %	50	22 %
Fréquemment	24	11 %	58	26 %
Très fréquemment	57	25 %	86	38 %

Il faut néanmoins analyser ces appréciations à la lumière des réponses à la prochaine question. À cette question, 179 répondants (75 p. 100) ont dit utiliser des croyances autochtones traditionnelles au chapitre des valeurs spirituelles mentionnées à la question ci-dessus.

Compte tenu de l'importance que l'on accorde généralement à l'intégration des pratiques traditionnelles aux programmes du PNLAADA, on peut considérer que le degré d'utilisation des divers aspects de la culture traditionnelle est insuffisant.

TABLEAU 13

Réponse des intervenants du PNLAADA en ce qui concerne l'utilisation des divers aspects de la culture traditionnelle

Aspects de la culture traditionnelle	*Note moyenne
Enseignerments des Aînés	3,7
Culture et pratiques locales	3,7
Pratiques culturelles traditionnelles	3,4
Langue	3,3
Éducation traditionnelle des enfants	3,0
Artisanat et habillement	3,0

**1= aucune importance et 5 = extrême importance*

3.3 Préoccupations connexes

3.3.1 *Protection de la vie privée et confidentialité*

Observation

- ***Dans certaines situations, les bureaux administratifs et les centres de santé tels qu'ils sont structurés actuellement ne ne permettent pas d'offrir des services aux personnes dépendantes, qu'elles soient seules ou en groupe.***

Sur le terrain, les intervieweurs ont constaté que les intervenants du PNLAADA étaient très souvent préoccupés par la perception du public en matière de confidentialité. Par exemple, dans une majorité de milieux de travail visités, ils ont beaucoup de difficulté à trouver un espace qui permette de réaliser des entrevues confidentielles. En général, ils sont fréquemment interrompus, reçoivent des appels, doivent transmettre des messages pendant qu'ils sont en train de conseiller leur client, ou faire d'autres choses qui font que ce dernier ne se sent pas important et n'a aucune impression de confidentialité. Santé Canada devrait jouer un rôle clé dans la collaboration avec un comité directeur composé de parties intéressées, qui élaboreraient des modèles d'installations susceptibles d'améliorer la confidentialité des rapports avec les clients. Cette préoccupation est également liée aux exigences associées au Programme en matière de santé mentale, d'aide sociale à l'enfance et de services sociaux. Une partie de l'étude devrait déterminer les coûts des modifications à apporter aux installations, à l'équipement ou au mobilier de bureau pour garantir la confidentialité

Par ailleurs, la majorité des répondants disent préférer que les clients rencontrent un conseiller de même sexe. Dans les communautés où il n'y a que des conseillères, par exemple, on a le sentiment que c'est un homme qui devrait servir les personnes qui ne pensent pouvoir discuter de certaines questions qu'avec un autre homme, et vice-versa. Cette idée est appuyée par les personnes qui souhaitent que les intervenants du PNLAADA offrent des services liés à la violence familale ou sexuelle, phénomènes eux-mêmes liés à la problématique homme-femme. Il faudrait élaborer un code de conduite pour les intervenants du PNLAADA, qui pourrait être affiché dans les immeubles des Premières nations et dans les bureaux du PNLAADA. Il décrirait les attentes en matière de confidentialité, ainsi que les obligations, les recours et les sanctions possibles en cas de violation. Il pourrait être rédigé par un groupe de travail composé de parties intéressées.

Les répondants des centres de traitement ont une perception légèrement différente de la conformité des installations de traitement (voir le tableau 14 ci-dessous). Les différences concernant le statut global des installations de traitement tiennent peut-être au fait que toutes les régions administratives de Santé Canada ne considèrent pas les programmes de traitement du PNLAADA comme des éléments de leurs programmes globaux d'investissement et d'entretien. Par exemple, le pavillon Wanaki, dans la région du Québec, possède des installations bien entretenues qui ont été considérablement améliorées depuis leur construction, avec l'ajout d'un espace de garage et d'un « kiosque » qui permet de mieux utiliser les installations en toutes saisons. Bien entendu, il faut également attribuer ces améliorations à la fierté des employés locaux et à leur souci du détail. On a observé la même chose au Tommy Beardy Memorial Center, dans le nord de l'Ontario, qui est un établissement lui aussi très bien entretenu.

TABLEAU 14

Conformité de l'espace à bureaux et des installations

Description de l'espace à bureaux et des installations	Réponse des intervenants du PNLAADA au sujet de l'espace		Réponse des centres de traitement au sujet des installations	
	Nombre	Pourc.	Nombre	Pourc.
En dessous de la norme et inacceptable	32	16 %	1	6 %
En dessous de la norme et à peine acceptable	24	12 %	12	75 %
Correspondent aux normes, mais pourraient être améliorés	102	49 %	–	–
Correspondent aux normes nécessaires pour offrir des services	47	23 %	3	19 %

3.3.2 Impacts du transfert

La politique de transfert est un élément essentiel de la politique fédérale, qui s'inspire de la politique sur la santé des Indiens. Les transferts sont offerts aux

Premières nations à titre facultatif, mais ils vont se multiplier à l'avenir. En outre, les communautés passent des accords de transfert aux accords de transfert flexibles ou aux accords sur l'autonomie gouvernementale.

La politique de transfert doit désormais s'intégrer au contexte plus global de la mise en oeuvre des recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Ces recommandations décrivent en détail les changements fondamentaux qu'il faut apporter à la façon de travailler des gouvernements et des communautés des Premières nations. Très récemment, la politique fédérale intitulée « Rassembler nos forces - Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones » a fourni au gouvernement fédéral un cadre qui va lui permettre d'intégrer ces recommandations aux priorités visant les communautés indiennes et inuites. Un fonds de guérison a été créé; nombreux sont ceux qui le considèrent comme l'élément clé d'une initiative holistique visant à régler les problèmes liés au corps et à l'esprit.

La politique de transfert a ouvert de nombreuses possibilités et offert une grande souplesse aux communautés qui souhaitent régler les problèmes de santé de leur population. Le PNLAADA et les programmes de lutte contre les dépendances font toujours partie des besoins essentiels dans les communautés visitées. Dans les communautés visées par le transfert, on a observé que les ressources fournies par le PNLAADA se combinaient à d'autres ressources comme celles des programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé, ce qui permet de financer adéquatement une combinaison de programmes et services. Dans la plupart des communautés visées par le transfert, le PNLAADA a préservé son identité et ses intervenants travaillent en étroite collaboration avec d'autres organismes de services locaux afin d'offrir les services appropriés.

Lors des visites dans les communautés et dans le cadre des sondages, les réponses relatives au transfert ont été tout à fait positives. Les chefs et les centres de traitement pensent que le transfert des programmes de santé est nécessaire. Soixante pour cent des centres de traitement sont en faveur du transfert. Il est intéressant de noter que ces points de vue ne sont pas partagés par les intervenants du PNLAADA, puisque seulement 24 p. 100 ont indiqué leur volonté d'opérer un transfert.

Un des facteurs qui aurait pu influencer les différentes parties intéressées est le fait qu'elles comprenaient mal le type d'accords visant leur communauté au moment du sondage. C'était d'ailleurs le cas de certains chefs. Par exemple, les réponses des chefs et des intervenants du PNLAADA différaient à cet égard. Dans la plupart des cas, on a observé que les intervenants avaient une bonne perception de la situation.

TABLEAU 15

Quel type d'accord vise actuellement votre communauté?

Type d'accord	Chefs % de « Oui »	Parties intéressées % de « Oui »
Contribution	91	55
Accord de transfert des soins de santé	36	33
Autre type d'accord de financement	21	8
Accord de transfert flexible	18	8

* Les pourcentages ne totalisent pas 100 p. 100, parce que les répondants ont pu nommer plusieurs types d'accords.

Les réponses indiquent la diversité des intérêts vis-à-vis des répercussions possibles des divers types d'accords. Dans le cas des centres de traitement, seuls deux types d'accords ont été identifiés : contribution et transfert des programmes de santé. Soixante et onze pour cent des centres envisagent de demander un transfert.

Dans les communautés visées par un transfert, les ressources additionnelles consacrées à l'administration et à la gestion ont permis de créer une structure de gestion et de planification. L'élaboration d'un plan de de santé communautaire a permis d'adopter une approche systématique des besoins des communautés. Certaines des communautés visitées ont revu les programmes relevant du PNLAADA afin de les confier à une équipe médicale qui offre des services directs à la communauté. Dans une communauté du Nord, les travailleurs médicaux spécialisés dans les problèmes de dépendance/la nutrition/la santé publique (entre autres) ont mis au point des services bien planifiés, uniformes et efficaces. Le succès à long terme du transfert des volets du PNLAADA tient au fait qu'ils sont intégrés à un plan de santé communautaire et permettent de mesurer les progrès quotidiens, mensuels et annuels. Dans les communautés visées par un transfert, cela a permis aux parties intéressées de mesurer leurs accomplissements et d'afficher des résultats tangibles.

Une majorité des répondants des communautés pensent que le transfert présente peu d'inconvénients. Toutefois, ils craignent que la transition d'un projet relevant du PNLAADA à un accord de transfert ne détourne les parties intéressées des problèmes de dépendance.

Comme pour les accords de transfert fédéraux, il est désormais essentiel d'élaborer des outils de mesure des données recueillies et des résultats des services offerts, afin de pouvoir rationaliser certains choix et décisions, ou justifier les fonds investis dans un ensemble précis de mesures d'aide aux personnes dépendantes.

3.3.3 Relations fédérales-provinciales

Durant la conception du PNLAADA, on a supposé que les autres services de santé comme la désintoxication et la santé mentale (entre autres) seraient offerts par les provinces. Parce que la période de lutte contre le déficit se prolongeait, la réduction des dépenses nationales/provinciales consacrées aux soins de santé a créé des lacunes dans le système de santé.

Diverses provinces ont entrepris une réforme de leur système de santé à plusieurs niveaux, qui a modifié les services de santé offerts dans chacune d'elles. La relative érosion des services aux personnes dépendantes est une des conséquences de la réduction des dépenses de santé et de la modification des priorités au sein des systèmes de santé provinciaux. Cette modification a eu des répercussions sur les communautés des Premières nations et des Inuits.

Au Canada atlantique, les visites sur le terrain et les groupes de discussion ont mis en lumière des préoccupations relatives à la disponibilité des lits destinés aux traitements et des services de désintoxication. Un grand nombre de membres des Premières nations ont toujours été sceptiques relativement aux liens avec le système provincial de soins de santé. C'est pourquoi ce système n'est pas toujours intégré de la même façon à une stratégie d'élaboration de programmes visant les communautés des Premières nations et des Inuits.

La qualité de l'interaction entre, d'une part, les projets relevant du PNLAADA et, d'autre part, les centres de traitement et les services provinciaux, est elle aussi variable. Les centres/projets liés au PNLAADA disent recevoir divers types d'aide des programmes provinciaux, surtout en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario.

Pour les centres, les réponses au questionnaire indiquent que la coordination avec les paliers de gouvernement et d'administration est très limitée, voire inexistante, comme l'illustre le tableau 16.

TABLEAU 16

La coordination avec les autres paliers de gouvernement et d'administration vue par les centres de traitement

Coordination avec les paliers de gouvernement et d'administration	Nulle	2	3	4	Totale
Administrations municipales	8 (47 %)	2 (12 %)	2 (12 %)	4 (24 %)	1 (6 %)
Gouvernements provinciaux	5 (26 %)	4 (21 %)	6 (32 %)	3 (16 %)	1 (5 %)
Gouvernement fédéral	5 (26 %)	3 (16 %)	4 (21 %)	5 (26 %)	2 (11 %)

Sur les 17 centres de traitement qui ont répondu, dix pensent que la coordination avec l'administration municipale est « nulle » ou « limitée ». Neuf centres sur dix-neuf qualifient de « nulle » ou de « limitée » la coordination avec la province. Dans une certaine mesure, c'est imputable au fait que les programmes de traitement existants sont autonomes. Cependant, parce qu'il faut utiliser des services de désintoxication qui relèvent généralement de la compétence provinciale ou municipale, il s'agit d'un domaine où des améliorations considérables peuvent être apportées.

Pour les intervenants du PNLAADA qui sont les principaux prestataires de services aux collectivités, le niveau de coordination est supérieur (voir le tableau 17). C'était prévisible, compte tenu de la nécessité d'une meilleure coordination à l'échelle locale. Cependant, compte tenu des hypothèses sur lesquelles s'appuyait la présentation au Conseil du Trésor relative à la création du PNLAADA, la coordination provinciale et municipale est un domaine qui doit faire l'objet d'une grande attention. Trente-trois pour cent des répondants du PNLAADA pensent que la coordination avec les gouvernements provinciaux est satisfaisante ou très satisfaisante. Les organismes désignés sont les services de désintoxication, les hôpitaux provinciaux et les autres prestataires de services sociaux.

TABLEAU 17

La coordination des programmes avec les autres paliers de gouvernement et d'administration, vue par les intervenants du PNLAADA

Coordination avec les paliers de gouvernement et d'administration	Nulle	2	3	4	Totale
Administrations municipales	70 (39 %)	30 (17%)	23 (13 %)	28 (16 %)	30 (17 %)
Gouvernements provinciaux	58 (28 %)	36 (18%)	44 (21 %)	39 (19 %)	29 (14 %)
Gouvernement fédéral	57 (29 %)	31 (16%)	37 (19 %)	39 (20 %)	31 (16 %)

3.4 Résultats particuliers concernant les centres de traitement

3.4.1 Généralités

Les visites dans les centres de traitement se sont révélées une des expériences les plus enrichissantes de l'examen du PNLAADA. Les centres, tout comme chacun d'entre nous, sont différents et uniques. Ce caractère unique est attribuable non seulement à leurs différences culturelles, mais également à leur milieu physique et environnemental, à leur personnel, et aux différentes méthodes psycho-éducatives dont ils font profiter leurs clients.

La plupart des centres de traitement sont constitués en corporation et relèvent directement des organismes politiques des Premières nations. La majorité des centres de traitement seront visés par le transfert. La plupart considèrent ce transfert comme une expérience positive et sont d'avis qu'il leur accorde une plus grande souplesse quant à l'utilisation de leurs budgets. L'autre avantage du transfert est la stabilité à long terme qu'il semble procurer. Un directeur de centre nous a toutefois averti, à la réunion régionale, que le transfert pourrait comporter des risques si les autorités en matière de santé devaient décider que les fonds alloués aux traitements en établissement pourraient servir à d'autres fins.

Les employés de la plupart des centres de traitement n'utilisent pas les langues autochtones. Par contre, ils le font avec les clients qui ne parlent qu'une de ces langues. Les rites traditionnels autochtones sont pratiqués

dans tous les centres de traitement. La plupart de ces centres servent des aliments traditionnels à des fréquences différentes, et selon la disponibilité des denrées.

Le type d'admission diffère d'un centre de traitement à un autre. Certains centres proposent à leur clientèle une admission quotidienne, d'autres hebdomadaire, d'autres bi-hebdomadaire, et d'autres proposent une admission en fonction d'un cycle de traitement. La durée du programme de traitement est de cinq à six semaines, en moyenne, dans la plupart des centres. Très peu de ces centres offrent des programmes de quatre semaines ou moins. Un grand nombre d'entre-eux permettent à leurs clients de rester au centre plus longtemps que la durée du traitement. Pour expliquer ce séjour prolongé en centre de traitement, les participants à l'examen répondaient habituellement que le client avait besoin de plus de temps. Cette pratique est considérée comme saine et fait preuve d'une certaine sensibilité à l'égard des besoins individuels du client.

Voici certains des éléments communs à tous les programmes des centres de traitement : a) counselling individuel; b) échanges en groupes; c) rencontres en petits groupes; d) spiritualité autochtone; e) recours intensif au modèle de l'abstinence et à la philosophie des AA; f) accent important mis sur l'éducation; g) consultants qui sont eux-mêmes en processus de guérison. Ce qui différencie les différents centres est l'importance relative accordée à ces huit éléments, à l'exception des pratiques culturelles et des croyances et des compétences du personnel traitant. Le counselling individuel, même s'il est utile, doit être étudié de près s'il s'agit de la principale méthode de traitement. En effet, la valeur du traitement en établissement repose sur le développement d'un « sens de la communauté » et sur l'intensité du traitement. Les clients qui ne suivent qu'une thérapie individuelle ont tendance à ne pas recourir à l'appui de la communauté pour leur apprentissage et leur croissance. Ils manquent ainsi une occasion d'acquérir de précieuses aptitudes sociales, comme la confiance, nécessaires à leur guérison complète. Cette approche individuelle peut également empêcher le groupe de clients de développer un « sens de la communauté ».

Le rapport d'examen révèle que la majorité des employés des centres de traitement sont en processus de guérison. Ces derniers sont ainsi plus susceptibles de comprendre leurs clients et de s'identifier à leur expérience. Toutefois, si tous les employés ne suivent qu'un seul modèle de guérison, il y a un risque que ces derniers empêchent leurs clients d'accéder à d'autres modèles de guérison. Il existe plusieurs chemins qui mènent vers la guérison et plusieurs types de dépendances, et il faut en informer les clients. Il n'y a pas qu'une seule façon de s'en sortir, ou qu'un

seul programme efficace.

L'équipe de l'examen a également fait quelques constatations relativement aux qualifications du personnel traitant ou des conseillers. Voici certains éléments communs à leur description de tâches : le titulaire du poste doit avoir été sobre pendant une durée de six mois à deux ans, il doit avoir terminé sa 12e année, au moins, et disposer de bonnes aptitudes à la communication et à l'écriture. Également, on demandait souvent aux titulaires d'avoir suivi des études postsecondaires, plus particulièrement dans le domaine des dépendances. Les répondants de la plupart des centres de traitement ont affirmé avoir de la difficulté à recruter des employés qualifiés, difficulté qu'ils expliquent principalement par les salaires peu élevés offerts aux conseillers.

Les qualifications des conseillers varient d'un centre à un autre. Les qualifications des conseillers travaillant actuellement dans les centres de traitement sont considérées en moyenne faibles. Il est important de mentionner que même si les centres ont de la difficulté à recruter des employés qualifiés, le personnel sur place est efficace. Nous avons constaté que la majorité des centres de traitement déploient énormément d'énergie pour former le personnel à l'interne. Ils invitent souvent leurs employés à participer à des ateliers dans leur région, et appuient toutes les formes de perfectionnement professionnel. Au cours de nos entrevues avec les employés, nous avons été impressionnés par leur désir d'apprendre, leur loyauté et leur confiance en leurs clients, ainsi que par les raisons invoquées pour expliquer leur choix professionnel.

L'équipe de l'examen a également été impressionnée par la structure administrative des programmes. Tous les centres de traitement disposaient de manuels de politique et de procédure, et de bonnes méthodes de tenue de dossiers; leur personnel avait établi des politiques d'admission et de congé pour les clients et connaissait les règlements fédéraux et provinciaux concernant la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la *Loi sur l'accès à l'information*, et le signalement des cas de négligence et de violence faite aux enfants. Le personnel de supervision était disponible dans tous les centres de traitement. Tout dépendant de la taille du centre, le directeur était habituellement le seul responsable de la supervision des activités.

Le centre de traitement de Round Lake mérite d'être mentionné pour son approche innovatrice et la qualité de ses services. Il s'agit d'un centre de traitement en établissement de 36 lits pour adultes alcooliques et toxicomanes de plus de 17 ans d'origine autochtone. Le centre est situé en C.-B., dans la réserve d'Okanagan, près d'Armstrong. Depuis son ouverture en 1978, Round Lake a traité plus de 5 000 clients de toutes les

régions de la province. Le centre est dirigé par un conseil d'administration formé de 12 membres élus, connu sous le nom de Interior Native Alcool and Drug Abuse Society. Le centre traite de nombreux problèmes de dépendance et les traumatismes liés à l'abus de substances intoxicantes, comme la violence sexuelle, ainsi que les traumatismes découlant des mauvais traitements subis au pensionnat.

Au cours des quinze dernières années, Round Lake a conservé un rôle de leader dans l'élaboration et l'exécution des programmes de traitement de l'abus des substances intoxicantes et d'autres problèmes connexes. Une étude sur l'issue du traitement suivi par les clients en 1987 a mené à d'importants changements qui ont donné lieu à la création de programmes de prétraitement ou d'introduction visant à préparer les clients à un traitement intensif en établissement. On a également apporté des changements aux approches du traitement et au programme culturel afin de répondre aux besoins des clients des Premières nations de toutes les régions de la province. De 1991 à 1995, Round Lake a accueilli 1 473 clients, dont 75,5 p. 100 ont terminé leur traitement. Une récente étude sur l'issue du traitement (1996) a permis d'estimer que 87 p. 100 des clients qui ont terminé le traitement étaient sobres trois mois après avoir obtenu leur congé du centre, 69 p. 100 après un an, et 65 p. 100 après deux ans.

La philosophie de son programme, qui donne une place prédominante à la culture dans le cadre du traitement, est à la base du travail effectué à l'échelle locale, régionale et nationale. Le programme est fondé sur le concept holistique du cercle d'influences, qui englobe les aspects spirituels, émotifs, mentaux et physiques de notre vie. Le centre de Round Lake partage cet important outil de vie et de guérison avec ceux qui rejoignent le cercle de guérison dans le but de se libérer de leur dépendance à l'alcool et aux drogues.

L'énoncé de mission du centre de traitement de Round Lake est de favoriser ***le bien-être personnel des membres des Premières nations en offrant un traitement et des services de formation adaptés à leur culture***. Cet énoncé de mission est appuyé par les objectifs suivants :

- Offrir un programme de formation accrédité pour les Premières nations.

- Élaborer et mettre en oeuvre des programmes qui invitent la famille à faire partie des activités de prévention, d'intervention et du traitement.

- Offrir des services de traitement en établissement et communautaires, de très grande qualité et innovateurs.

- Établir des liens avec les Premières nations et les organismes gouvernementaux et coordonner ces liens afin d'assurer un leadership positif grâce à l'élaboration de programmes de traitement efficaces.

Le programme de Round Lake offre des séances de counselling individuelles, en couples ou en groupe; des plans de traitement individualisés et axés sur les objectifs du client; un enseignement sur tous les aspects des dépendances et des comportements connexes; des activités favorisant l'épanouissement de la spiritualité autochtone et la sensibilisation à la culture, notamment des cérémonies et des enseignements traditionnels. Le centre fait la promotion de la forme physique grâce à l'éducation sur la nutrition, l'exercice aérobique et des loisirs organisés régulièrement. Il offre des programmes de surveillance du VIH/SIDA confidentiels, des services médicaux, d'aide psychologique et d'autres services professionnels.

Certaines des qualités distinctives du centre de traitement de Round Lake sont résumées ci-dessous :

- Le centre est situé dans un établissement agréable et confortable, entouré d'un suberbe décor naturel.

- Grande qualité du programme et des systèmes organisationnels (qui satisfont aux normes d'accréditation).

- Amélioration continue des méthodes.

- Les clients se sentent liés les uns aux autres, il ont un sens de l'appartenance; les clients, le personnel et les membres du conseil partagent une expérience commune.

- Promotion des valeurs culturelles, des principes et pratiques des Premières nations, y compris le recours aux aînés en tant que professeurs, conseillers et guides spirituels.

- Capacité de fournir des programmes visant des groupes particuliers afin de répondre aux besoins plus

vastes de la communauté.

- Code d'éthique solide.
- Services axés sur le client.
- Formation communautaire.
- Le centre a modifié son modèle de traitement, en s'éloignant du concept de maladie pour se rapprocher de la culture, du traitement suivant un traumatisme et du processus de guérison.
- Docteur et psychologue attachés au centre.
- Programme de nutrition offert depuis onze ans dans le cadre du processus d'éducation.
- Programme de loisirs très développé.
- Le personnel participe à un examen régulier des programmes et à leur modification, selon les résultats de l'examen.
- Les employés du centre sont des membres actifs du British Colombia Aboriginal Treatment Directors Association
- Le centre est membre d'une entente internationale favorisant des des communautés en santé.

3.4.2 Capacité et financement des centres de traitement

La présente section présente les résultats tirés des sondages sur le terrain et des questionnaires reçus des centres de traitement de partout au Canada. On a reçu en tout 19 questionnaires et mené cinq sondages sur le terrain. Ils contribuent aux conclusions et recommandations suivantes :
Les centres de traitement comptaient entre 40 à 5 lits, selon les résultats de nos sondages. La majorité des centres de traitement comptaient en moyenne entre 10 et 20 lits. La plupart des centres de traitement sont à 100 p. 100 financés par la DGSM. Plusieurs des centres ont rapporté avoir reçu de la province un financement pour 2 à 18 lits. Les responsables de la majorité des centres de traitement ont mentionné disposer de lits supplémentaires pour lesquels ils ne reçoivent pas de

financement; mais ils y ont recours pour offrir des services supplémentaires aux clients ou pour répondre à demande lorsqu'ils atteignent leur capacité maximale. Bon nombre des directeurs de centre de traitement avaient l'impression de devoir jongler avec les chiffres pour la DGSM parce que le financement est fondé sur les prix de journée. Aucun des directeurs ont mentionné utiliser des lits non-financés pour accroître les revenus de leur centre; ils y avaient plutôt recours pour compenser en période de faible admission ou lorsque des clients quittaient le programme plus tôt que prévu.

3.4.3 Capacité - soins externes

Observation

- ***Les centres de traitement, qui ont fait une utilisation créative et valable des fonds consacrés aux services externes, ont montré que l'injection de nouveaux fonds pour des services externes permettront de développer un programme utile.***

Le rapport d'examen révèle qu'environ 50 p. 100 des centres de traitement reçevaient un financement du gouvernement fédéral pour fournir des services externes ou des lits pour des patients externes. Les centres qui ne reçoivent ce type de financement s'y sont montrés fort intéressés. Les centres utilisent leur financement pour offrir différents services, par exemple, des services aux femmes, des services d'approche, un counselling direct auprès des familles dans les communautés et l'affectation d'un intervenant dont le but sera d'aider différentes communautés à préparer leurs membres à un traitement en établissement.

3.4.4 Principaux groupes de clients

Observation

- ***Il n'y a pas suffisamment de services de traitement pour les enfants, les jeunes et les familles.***

La majorité des centres de traitement en établissement travaillent principalement avec les adultes. De nombreux centres offrent des programmes s'adressant soit aux hommes, soit aux femmes, ou proposant un traitement particulier à un public adulte. On retrouve notamment des programmes s'adressant uniquement aux femmes, uniquement aux hommes et des programmes à l'intention des survivants de traumatismes. La plupart des centres travaillent très peu avec les jeunes et la famille pour diverses raisons, d'ailleurs fort légitimes, liées à des questions de financement, d'aménagement des installations et de formation des intervenants. Selon les résultats de l'examen, les groupes traités sont, en ordre décroissant, les hommes et les femmes (ainsi que la famille), les aînés, les jeunes et les adolescents. Les autres groupes comme les gais et les lesbiennes, les handicapés et les personnes souffrant du SAF/ou victimes de l'EAF ne profitent pas de services particuliers. L'équipe de l'examen a conclu de ses visites que les centres de traitement étaient fréquemment appelés à fournir des services aux jeunes.

Les réponses obtenues des questionnaires et au cours de nos visites sur le terrain traduisent certaines préoccupations quant au manque de services pour les enfants, les jeunes et les familles. Pour compenser cette lacune, bon nombre de communautés ont élaboré des programmes saisonniers (été) visant directement les jeunes et leur famille. Ces programmes sont souvent appelés « camps de sensibilisation à la culture » et se déroulent généralement dans des lieux traditionnels. On a fréquemment recours aux aînés et aux bénévoles pour l'exécution de ces programmes car leur financement est minime. Comme les conseillers en établissement disposent d'une formation et de compétences uniques, les centres de traitement devraient envisager la possibilité de réorienter leurs programmes d'été pour aider au déroulement des camps culturels de leur région. Les centres de traitement ne devraient pas être pénalisés pour offrir ces camps de sensibilisation à la culture.

Des modèles devraient être élaborés pour le traitement des couples. Il s'agirait d'une alternative pratique au traitement familial, qui permettrait d'éliminer les complications découlant de la participation aux programmes de divers groupes d'âge et de différentes familles.

3.4.5 Aspects financiers

Observation

- ***Les centres de traitement ne disposent ni de normes nationales, ni de programmes d'assurance de la qualité.***

Voici une des questions que l'on a posées aux responsables des centres : *Veuillez évaluer l'importance des facteurs que devrait considérer la DGSM pour établir les allocations de financement et les processus?* Selon les résultats présentés au tableau 18, les coût réels sont considérés l'élément le plus important, suivis par l'efficacité, l'efficience, la taille du centre, le type de traitement, le degré d'isolement et les services externes. Même si tous ces facteurs ont été jugés très importants, les coûts réels figurent au premier rang, ce qui suppose que la plupart des centres éprouvent de la difficulté à ne pas dépasser les ressources qui leurs sont allouées. L'efficacité et l'efficience sont au 2e et 3e rang, respectivement.

Sans normes nationales, et à la lumière des lacunes en matière de programmes d'assurance de la qualité dans les programmes du PNLAADA, il est difficile d'interpréter ces résultats. Ces deux résultats laissent entendre que la majorité des centres croient offrir des programmes rationnels, de qualité et efficaces et que par conséquent, ils devraient être reconnus par un financement approprié. Le degré d'isolement était très important pour les centres en région éloignée. Les centres qui ne sont pas isolés ont toutefois atténué l'importance accordée à cet élément.

Comme les chiffres présentés dans le tableau 18 sont des totaux en pourcentage, il est difficile de préciser ce que l'on entend par « type de traitement » et « taille du centre de traitement ». Par exemple, les centres qui offrent des programmes aux jeunes doivent assumer des coûts plus élevés que ceux qui offrent uniquement des programmes aux adultes, ce qui rend ce facteur plus important qu'il ne serait pour les centres qui n'offrent pas de programmes pour les jeunes.

TABLEAU 18

Facteurs que devrait considérer la DGSM pour déterminer les allocations de financement et les processus

Facteur	1	2	3	4	5	*Note moy.
Degré d'isolement	6 %	–	17 %	33 %	44 %	4,1
Taille du centre	–	5 %	10 %	30 %	35 %	4,4
Coûts réels	–	–	–	26 %	74 %	4,7
Services externes	6 %	6 %	12 %	29 %	47 %	4,1
Efficience	–	–	–	37 %	63 %	4,6
Efficacité	–	–	–	32 %	68 %	4,7
Type de traitement	–	–	21 %	32 %	47 %	4,3

**1=pas important et 5=très important*

Le tableau 19 présente les réponses à la question suivante : *Veuillez évaluer l'importance des mécanismes de financement suivants pour améliorer les opérations de votre centre de traitement?* L'efficacité et l'efficience arrivent au premier et deuxième rang, respectivement, suivis d'un financement souple, du financement de base et du taux par lit. Pour le moment, il n'existe pas de mécanismes à l'échelle nationale pour mesurer l'efficacité et l'efficience et pour comparer ces facteurs avec d'autres centres offrant des services similaires. Pourtant, les centres de traitement accordent une très grande importance à ces deux facteurs. Le taux par lit arrive au dernier rang, mais la note moyenne de ce facteur demeure élevé. Cette réponse appuie la constation selon laquelle les centres de traitement accordent plus d'importance à l'efficacité et à l'efficience qu'au taux par lit et au financement de base.

Les responsables des centres de traitement se disent préoccupés par les ententes actuelles et veulent que d'autres facteurs soient pris en compte pour l'établissement de leur niveau de financement. Plus particulièrement, les coûts réels, l'isolement, l'efficacité et l'efficience doivent être pris en considération à cette fin. Santé Canada devrait réviser sa formule de financement actuelle et tenir compte de l'isolement, des coûts réels, de l'efficacité et de l'efficience pour s'assurer que le financement correspond

à celui offert à d'autres professionnels qui exécutent des programmes similaires, dans les organismes provinciaux de lutte contre les dépendances. On propose également que ces augmentations soient reliées au respect de normes d'accréditation et au maintien de cette accréditation.

Santé Canada et les oganisations des Premières nations et des Inuits devraient examiner les façons d'accroître les budgets des centres de traitement. Des ressources supplémentaires sont requises pour fournir une certaine orientation aux agents d'aiguillage du PNLAADA en santé et en services sociaux, une formation annuelle sur le budget et les traitements à prodiguer en cas de deuil ou de la perte d'un être cher, les programmes culturels et le traitement de nouvelles dépendances comme le jeu et les médicaments prescrits. Santé Canada jouerait un rôle de coordination et de facilitation pour déterminer les possibilités de compléter le financement à partir d'autres sources, notamment les ministères provinciaux et d'autres ministères fédéraux pour les centres de traitement du PNLAADA.

TABLEAU 19

Veuillez évaluer l'importance des mécanismes de financement suivants quant à leur rôle dans l'amélioration des opérations de votre centre de traitement

Types de mécanismes de financement	1	2	3	4	5	Note moyenne
Taux par lit	5 %	25 %	15 %	15 %	44 %	3,6
Financement de base	5 %	–	21 %	32 %	42 %	4,1
Primes à l'efficience	5 %	–	–	40 %	55 %	4,4
Efficacité	5 %	–	–	35 %	60 %	4,5

1=pas important et 5=très important

3.4.6 Modèles de traitement des dépendances

Le tableau 20 ci-dessous présente les résultats des questionnaires envoyés par la poste sur les modèles de traitement des dépendance utilisés.

TABLEAU 20

À quels modèles de traitement des dépendances avez-vous recours dans votre approche avec les autres?

Types de modèles	Nombre et % utilisant le modèle
Modèle de la maladie	16 (84 %)
Bio/psycho/social	7 (37 %)
Comportemental	9 (47 %)
Environnemental	5 (26 %)
Génétique	3 (16 %)
Social/appris	8 (42 %)
Moral	4 (21 %)

En comparant ces résultats aux réponses obtenues sur le terrain, on constate qu'on fait une utilisation presque identique des différents modèles. Les responsables de certains centres visités ont également mentionné intégrer des activités récréatives et des exercices physiques à leur approche thérapeutique. La plupart des centres de traitement mettent principalement l'accent sur les 12 étapes des AA ou le modèle de la maladie. Les visites dans la communauté révèlent que les soins de suivi et le soutien suivant le traitement sont insuffisants, ce qui soulève des questions quant à la pertinence du modèle de la maladie et de l'approche en 12 étapes. La plupart des centres ont recours au modèle culturel, mais ne l'identifient pas comme tel, car cette approche est considérée comme un mode de vie, et non comme un modèle. À ce constat s'ajoute le fait que bon nombre des clients qui suivent un traitement en établissement présentent une vaste gamme de troubles mentaux découlant de l'abus, de la violence, des mauvais traitements subis au pensionnat, du deuil ou de la perte d'un être cher.

Chacun des modèles présentés dans le tableau 20 ci-dessus a ses limites. De nouvelles méthodes de recherche et de traitement sont maintenant proposées : leur définition est moins limitative, elles sont moins dogmatiques et sont mieux conçues pour aider les clients à reprendre le contrôle de leur vie. Il semblerait que la majorité des centres de traitement utilise divers modèles pour rejoindre une clientèle plus vaste. Toutefois, les centres de traitement doivent se tenir au courant des recherches menées et élaborer de nouveaux modèles pour aider les clients à faire face à leurs problèmes et à se fier de moins en moins aux modèles de la dépendance en tant que maladie. La nécessité d'un programme

multidisciplinaire est appuyé par les résultats déjà présentés qui établissent l'importance (selon une échelle de 1 à 5) que doivent accorder les intervenants à certains problèmes (1 = aucune importance souhaitée et 5 = très grande importance) : note moyenne de 3,8 pour le deuil et la perte d'un être cher, 3,6 pour la dépression, 3,5 pour la violence conjugale, 3,5 pour les victimes de violence, 3,3 pour l'abus sexuel et 3,3 pour les contrevenants.

L'accès à la formation et à des fonds pour la formation reste très limité dans la plupart des centres de traitement. Les traitements en établissement sont pour la plupart de nature tertiaire. Comme les clients se présentent souvent avec une vaste gamme de problèmes mentaux, comprenant la dépendance, il serait judicieux que les conseillers aient accès à de l'information et connaissent les dernières tendances en matière de recherche. Cela peut se faire facilement par le biais d'Internet. Toutefois, la formation du personnel est beaucoup plus dispendieuse, mais elle reste essentielle. L'abstinence n'efface pas la douleur psychique. Si l'approche des centres de traitement repose uniquement sur l'abstinence, alors le taux d'échec et de rechute demeurera élevé. Si nous pouvons aider nos clients à comprendre les sources de leur douleur et à prendre le contrôle de leur vie, nous obtiendrons un meilleur taux de réussite.

3.4.7 Zones de recrutement des clients

Selon le rapport des répondants, la plupart des clients référés à un centre donné proviennent de la province où se situe le centre (75 p. 100), suivi de la zone de recrutement immédiate (48 p. 100) et de la communauté la plus proche de la leur (23 p. 100).

3.4.8 Programmes culturels

Les centres de traitement des Premières nations diffèrent de leurs contreparties non-autochtones, car ils ont recours à leur culture. La plupart des centres de traitement présentent la culture autochtone comme un outil essentiel à la sobriété et la guérison d'un patient autochtone. Cette sensibilisation à la spiritualité et à la culture autochtones est transmise aux clients pour solidifier leur force intérieure, se créer une image positive d'eux-mêmes et se respecter, soi-même et tout ce qui est vivant. Ce processus est également considéré, par bon nombre des centres de traitement, comme une approche holistique au processus de guérison qui amène stabilité, harmonie et équilibre dans la vie de leurs clients.

Les clients interrogés indiquent que l'intensité des activités culturelles au cours de leur processus de guérison a contribué à leur croissance culturelle et à leur développement personnel. Chaque centre de traitement offre ses propres activités qui reflètent la culture de la région. Toutefois, bon nombre de ces activités ont certains points en communs et certaines similarités :

- Participation aux cérémonies de la suerie;
- Participation aux cérémonies de purification;
- Séances de groupe avec des ressources culturelles;
- Participation des aînés au programme;
- Participation des conseillers spirituels auchtones aux séances de groupes et individuelles;
- Enseignements sur le cercle d'influences dans bon nombre de centres;
- Prières quotidiennes et chants traditionnels par le personnel et les clients;
- Tambour et chants pour introduire une cérémonie, ou comme pratique quotidienne;
- Les clients sont invités à des activités culturelles dans les communautés environnantes;
- Enseignements et exposés par les conseillers en tant que composante culturelle intégrée au processus, qui fait la promotion du développement spirituel individuel.

Au cours des discussions avec les clients des centres de traitement, nous avons constaté que les éléments culturels ont été jugés très utiles aux participants. On a remarqué également que même si l'on préfère la culture locale, d'autres cultures et pratiques culturelles autochtones sont considérées valables par les clients. On a noté qu'au début du traitement, l'aspect culturel n'était pas toujours apprécié. Cela laisse entendre que l'orientation au traitement devrait traiter de questions culturelles et qu'il faudrait envisager un traitement plus poussé, qui mettrait l'accent sur la guérison culturelle.

Il semble que de nombreuses personnes en traitement ont vécu une forme d'aliénation culturelle, phénomène qui est au centre de leurs problèmes personnels. Cela corrobore les recherches en éducation interculturelle qui

révèlent que les personnes qui ont été assimilées et qui ont perdu les valeurs de leur culture et leur langue souffrent de nombreux problèmes sociaux et de santé. Les personnes qui ont conservé leur culture et leur langue peuvent s'intégrer à la culture dominante, sans s'y perdre.

3.4.9 Départs

Une des tendances étudiée par l'équipe de l'étude portait sur les raisons des départs précoces des clients. Les résultats révèlent que la vaste majorité des départs précoces était attribuable à une mauvaise préparation et au fait que les clients n'étaient pas prêts à suivre un traitement. Viennent ensuite les départs volontaires des clients pour des raisons familiales ou d'autres facteurs externes, comme le décès d'un membre de la famille. La troisième raison est l'incapacité des clients de suivre les règles et les politiques de l'établissement. La quatrième était l'incompatibilité entre le programme et le client, ce qui peut également se traduire par un mauvais aiguillage de ce dernier. Au dernier rang vient la consommation de drogues ou d'alcool au centre de traitement. On a demandé aux responsables des centres d'évaluer la qualité des évaluations et de la préparation aux services de traitement offerts aux groupes suivants (voir les résultats au tableau 21). Les réponses à cette question nous ont permis de corroborer le modèle dégagé quant aux départs précoces.

TABLEAU 21

Évaluez la qualité des évaluations et de la préparation aux services de traitement offerts aux groupes suivants

Groupes	1	2	3	4	5	Note moyenne
Intervenants offrant des services aux enfants et à la famille	5 %	10 %	60 %	20 %	5 %	3,1
Travailleurs sociaux	–	11 %	68 %	21 %	–	3,1
Intervenants en santé mentale	–	35 %	45 %	15 %	5 %	2,9
Travailleurs communautaires du PNLAADA	15 %	15 %	50 %	5 %	15 %	2,9
Patient se présentant sans recommandation	10 %	30 %	40 %	20 %	–	2,7
Médecins	5 %	40 %	40 %	10 %	5 %	2,7
Établissement correctionnels	11 %	37 %	32 %	21 %	–	2,6
Patient référé par la famille	15 %	35 %	40 %	10 %	–	2,5
Patient référé par les tribunaux	15 %	45 %	30 %	5 %	5 %	2,4

1=Mauvais et 5 =Excellent

Les notes moyennes pour tous les groupes référés allaient de « moyen » à « un peu mieux que mauvais ». Au cours de nos visites dans les centres, les personnes interrogées nous ont répondu que le manque de préparation adéquate et les références inappropriées des clients étaient leurs frustrations les plus fréquentes. Les raisons les plus souvent mentionnées par les répondants pour expliquer ces lacunes étaient le fort roulement de personnel et le manque de formation des travailleurs communautaires du PNLAADA et des travailleurs sociaux et en santé.

Des programmes de préparation au traitement devraient être élaborés au niveau communautaire et dans les centres de traitement. Ces services précédant le traitement peuvent être définis comme une évaluation, une orientation et une étape de préparation pour les clients. La durée des programmes de préparation pourrait varier selon le programme de traitement lui-même et durer d'une à trois semaines. Il faudrait examiner les programmes de préparation actuels élaborés par la Society of Aboriginal Addictions Recovery (SOAAR) pour les Services correctionnels du Canada.

3.4.11 Système de rapports sur les activités de traitement (SRAT)

Observation

- ***La majorité des utilisateurs du réseau des centres de traitement ne font pas confiance au SRAT.***

La rétroaction des centres de traitement au sujet du SRAT a été évaluée « quelque peu utile » par 45 p. 100 des répondants. Vingt-cinq pourcent des centres ont jugé le SRAT « tout à fait inutile ». Seulement 10 p. 100 des centres croient que le SRAT est « très utile », suivi de 20 p. 100 qui le trouvent « utile ». Ces résultats révèlent de graves problèmes concernant le SRAT. Au cours de nos entrevues sur place, nous avons demandé au personnel traitant une rétroaction sur leur évaluation du SRAT. Quatre questions ont été posées a) *Est-ce que vous faites une analyse des données du SRAT et comment? b) Quelle est votre opinion sur le SRAT? c) Quelle sont vos impressions quant à la façon dont le SRAT est utilisé? et d) Quelles sont vos propositions pour améliorer le SRAT*? Voici des exemples des réponses à ces questions :

- Le SRAT est employé pour réduire les fonds - il faut atteindre une utilisation de 80 p. 100 des lits sur SRAT ou notre financement sera réduit;

- Nous souhaiterions élaborer notre propre outil d'évaluation, distinct du SRAT, qui serait plus pertinent pour le centre;
- On a besoin d'information du SRAT au sujet des drogues qui causent la plupart des problèmes;
- Le SRAT n'est pas suffisamment précis pour être valable;
- Utile;
- Nous préférerions élaborer notre propre système qui refléterait le caractère unique de notre programme;
- Fatigués des numéros d'acrobatie mathématique que le SRAT nous obligeà faire.

Quelques réponses à la dernière question portant sur l'amélioration du SRAT :

- Le SRAT doit être pertinent.
- Bon nombre des questions que pose le SRAT n'ont pas de sens.
- Le SRAT manque de souplesse et ne permet pas les changements.
- Il faut éliminer le SRAT et fournir un financement aux centres pour qu'ils élaborent leurs propres systèmes de données.

Selon les résultats obtenus des sondages envoyés par la poste et des visites sur le terrain, il est clair que la majorité des utilisateurs des centres de traitement ne font pas confiance au SRAT. Il est considéré avec méfiance par un grand nombre d'utilisateurs; bon nombre d'entre-eux ont exprimé de la frustration à l'égard du manque de souplesse du SRAT, et un grand nombre de centres préfèreraient élaborer leur propre système de données. Cela fait également de nombreuses années que de telles préoccupations sont exprimées au sujet de l'efficacité du SRAT.

En résumé, le Système de rapports sur les activités de traitement doit être révisé avec l'apport de tous les centres de traitement qui utilisent le système. Il faut étudier l'efficacité et les coûts de l'élaboration d'un nouveau système national ou de l'élaboration d'un système propre à chaque centre, afin de dégager la solution la plus efficace aux problèmes de drogues et d'alcool. Le SRAT doit comprendre des fonctions additionnelles, par exemple, un système de suivi des clients afin de générer de l'information sur le programme et ses

résultats, un suivi de l'issue du traitement pour les clients et l'évaluation des programmes d'assurance de la qualité des centres de traitement. Cette proposition a été appuyée plus tôt dans la section sur le financement, où les responsables des centres de traitement ont jugé l'efficacité et l'efficience comme étant plus importants que le taux par jour.

3.4.12 Traitement général

Observations

- ***Il n'existe aucun processus pour s'assurer qu'il y a des places disponibles dans les centres pour les communautés qui veulent y référer leurs membres;***

- ***Certaines politiques officielles et non-officielles de Santé Canada sur les activités comme le transport ou le paiement des évaluations médicales ont des effets négatifs sur la capacité des clients d'accéder aux services de traitement;***

- ***Les programmes de suivi pour les clients du PNLAADA sont facultatifs dans une vaste majorité des centres de traitement.***

Même si l'on tient compte des bonnes pratiques adoptées à Round Lake et Rama, deux centres décrits précédemment, on ne peut que constater qu'une structure obligatoire permettrait de s'assurer qu'il existe un système de contact pour les clients suivant un traitement. Selon les entrevues menées sur place, il est évident que les membres de la communauté, les gens qui ont suivi le traitement et les travailleurs communautaires du PNLAADA trouvent les programmes de suivi variables et inégaux. Les deux autres communautés qui offrent un programme de préparation au traitement et de suivi complet sont Ahtakakoop et Akwesasne. Les modèles proposés par ces communautés en matière de préparation et de suivi, et de planification mériteraient d'être examinés de façon plus approfondie. Le programme de préparation au traitement élaboré par les Services correctionnels du Canda pourrait également être étudié.

Par exemple, tout dépendant de la communauté, il peut y avoir des groupes de soutien comme les AA ou un suivi organisé, des groupes de discussion et des cercles de guérison de divers types et s'adressant à divers groupes. Toutefois, de nombreuses communautés n'offrent pas ces services. De plus, selon les commentaires entendus au cours des groupes de discussion, la plupart des clients décident ou non de participer à un programme de suivi au moment de la planification de leur congé.

La nature facultative du suivi pose un problème; en effet, la plupart des clients se sentent solides et en contrôle pendant qu'ils sont au centre et choisissent de ne pas participer à ce suivi. Un système obligatoire de suivi établirait au moins une structure minimale de contacts, qui permettrait ainsi de connaître l'issue du traitement et l'efficacité du programme. Un processus obligatoire de suivi éliminerait également les lacunes actuelles du système : en effet, les responsables des centres de traitement et les travailleurs communautaires font référence à des activités de suivi régulières, mais les clients ne sont pas toujours au courant du but ou de l'existence de ces activités. Pour être efficace, un processus obligatoire devrait prévoir l'établissement de responsabilités claires pour les centres de traitement et le personnel de la communauté, ainsi qu'un système pour s'assurer que le processus est respecté.

Un des obstacles au traitement mentionné pendant les visites dans la communauté était le temps requis pour déterminer la disponibilité des services de traitement. Ces délais affectent la capacité des intervenants de jumeler les clients aux programmes de traitement dans un échéancier favorisant une guérison permanente. Il faut parfois attendre neuf mois sur une liste d'attente, plus particulièrement pour les programmes de traitement spécialisés comme ceux du Tommy Beardy Memorial Center à Muskrat Dam en Ontario. Cette situation est difficile à comprendre puisqu'il existe des centres qui, selon les données du Système de rapport sur les activités de traitement (SRAT), disposent de nombreuses places. Cette situation est particulièrement préoccupante puisqu'il existe des rapports selon lesquels certaines régions souhaitent fermer des centres ou leur donner une vocation plus générale.

On a constaté qu'à certaines occasions, les politiques de Santé Canada d'origine nationale ou régionale étaient un obstacle pour les personnes voulant suivre un traitement. Par exemple, la politique régionale sur le transport à l'extérieur de la province peut être interprétée par la région ou le travailleur communautaire comme une interdiction des déplacements nécessaires. Cette situation présente un problème si l'on considère que les programmes de traitement sont créés pour s'adresser à toutes les Premières nations, qu'il n'y a pas suffisamment de modèles de traitement au sein d'une même province et qu'il arrive parfois que le centre le plus proche d'une communauté donnée est situé hors des frontières de la province.

Il y a une autre complication pour les clients potentiels des programmes de traitement du PNLAADA; en effet, de nombreuses personnes ont eu de la difficulté à obtenir des services de désintoxication avant de commencer un programme de traitement. Il s'agit d'un problème grave pour les consommateurs de médicaments prescrits qui requièrent une désintoxication. Certains toxicomanes ont besoin d'un période de désintoxication d'au moins un mois. Une désintoxication inappropriée contribue à un abandon du programme. Dans les provinces de l'Atlantique, on a noté qu'en raison des réformes provinciales dans le domaine de la santé, il y a eu une réduction du nombre de lits ou la fermeture de nombreux hôpitaux locaux. Cela a réduit la disponibilité des services de désintoxication puisque la plupart de ces hôpitaux comptaient quelques lits pour prodiguer ces services. Comme la plupart des provinces ont mis en place des réformes similaires, Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devraient s'assurer qu'il existe des protocoles pour faciliter l'accès aux services aux clients du PNLAADA.

Il pourrait être nécessaire d'établir des stratégies de rechange pour répondre aux besoins en désintoxication, si la disponibilité des services devait demeurer un problème après l'établissement de ces protocoles. Dans les communautés visitées,

Il nous est apparu évident que le personnel du PNLAADA devait superviser les personnes qui suivaient un programme de désintoxication d'alcool ou de solvents. Cette situation découle du fait que parfois, il n'y a pas de services disponibles pour superviser les clients dans la ville la plus proche, ou que les clients doivent attendre quelques jours, des semaines et même des mois pour suivre un programme de traitement à plus long terme.

3.5 Formation

Observations

- ***Le niveau de formation n'est pas uniforme, plus particulièrement dans les communautés du nord et éloignées. La formation de base n'est pas reliée au poste occupé et on n'offre pas une orientation systématique aux nouveaux intervenants pour les aider à exercer leurs fonctions avant d'offrir une formation de base.***

- ***Une formation spécialisée pour les conseillers n'est pas offerte de façon organisée dans chaque région. Également, lorsque les intervenants suivent cette formation, il n'existe aucun processus pour ajuster les salaires en vue d'encourager l'avancement.***

- ***La formation spécialisée plus poussée dans les domaines des dépendances ou un domaine connexe n'est pas toujours disponible. Des services de prévention et de promotion de la santé communautaires doivent être offerts ou développés afin de mieux servir les 60 p. 100 de la population inuite et des Premières nations âgée de moins de 30 ans.***

- ***Santé Canada, en collaboration avec les représentants des Premières nations et des Inuits, devrait négocier une accréditation avec un groupe comme l'Ontario Interventionist Association afin d'utiliser le titre de conseiller accrédité en traitement de l'alcoolisme ou d'élaborer un processus d'accréditation similaire.***

- ***La formation générale, portant notamment sur les programmes informatiques, l'Internet, les systèmes financiers et d'autres sujets connexes qui profiteraient aux intervenants du PNLAADA ne leur est pas toujours offerte.***

Il y aura d'autres commentaires sur les besoins en formation dans la section sur les systèmes d'information nécessaires pour appuyer les programmes de

traitement et communautaires. Toutefois, il faut repenser la formation du personnel du PNLAADA (ou le développement des capacités), en fonction des changements qui ont balayés le monde de la formation depuis que les programmes ont été instaurés. Par exemple, les programmes d'Emploi et Immigration Canada (EIC, maintenant Développement des ressources humaines) ont subi certains changements fondamentaux qui ont maintenant des répercussions sur l'état actuel de la formation.

Le mode de gestion du programme Les chemins de la réussite est passé des conseils de gestion régionaux, qui appuyaient les activités générales de développement des capacités comme le PNLAADA et la formation des RSC, aux conseils de gestion locaux. Ces conseils locaux ont de nombreux intérêts qui se font concurrence et n'accordent pas nécessairement la priorité à la formation du personnel du PNLAADA. Cette situation est exarcerbée par les demandes en formation des autres intervenants comme les représentants en santé communautaire, les intervenants en santé mentale et les intervenants des services à la famille et à l'enfance. La formation a été fournie sans autres ressources supplémentaires, comme on peut le constater dans l'étude financière nationale du PNLAADA, qui est inclu à cette étude.

Les entrevues menées au cours des visites dans les communautés révèlent que certains intervenants du PNLAADA n'avaient pas accès à la formation, plus particulièrement dans les communautés du nord ou éloignées. Le manque de ressources, le fait que les intervenants ne répondent pas aux prérequis et l'existence d'une longue liste d'attente en sont les principales raisons. Une solution serait d'offrir les places en formation aux nouveaux ou de diriger les ressources vers les postes qui doivent être comblés. Cette stratégie serait similaire à celle décrite dans la présentation au Conseil du Trésor qui a permis de former le PNLAADA et qui dirigeait les ressources vers les postes.

La conception originale du PNLAADA prévoyait des postes de counselling de niveau avancé et de base. La façon la plus efficace d'instaurer différents niveaux serait de d'offrir un salaire plus élevé dès l'obtention d'une accréditation. Un des principaux modèles d'accréditation est celui du Ontario Interventionist Association, qui a le droit d'octroyer le titre de conseiller accrédité en traitement de l'alcoolisme, CCTA, aux personnes qui répondent à leurs exigences.

Comme on peut le voir dans le tableau suivant sur l'importance accordée aux différents modes de reconnaissance de la formation, le concept qui s'en dégage le plus clairement serait un processus dans le cadre duquel les organisations des Premières nations et des Inuits participeraient à la conception et à l'exécution de la formation. Les réponses fournie révèlent un certain désir que la formation soit reconnue par un organisme professionnel, et ensuite par des organismes

provinciaux de lutte contre les dépendances, par le biais de diplômes et de baccalauréats.

Le programme de formation actuel devrait être examiné afin de s'assurer que les diplômés aient les connaissances requises dans le cadre du programme d'accréditation qui sera développé. Toutefois, le programme de conseillers accrédités en traitement de l'alcoolisme est connu de la plupart des organismes de formation. Dans une certaine mesure, il existe des comités d'accréditation dans chaque région. Il serait possible de proposer le concept de conseiller accrédité en traitement de l'alcoolisme pour les intervenants inuits et des Premières nations. Santé Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits devraient envisager la possibilité pour les membres de ce groupe d'obtenir cette accréditation afin qu'ils puissent utiliser le titre de conseiller accrédité en traitement de l'alcoolisme ou en vue d'élaborer un processus d'accréditation similaire. Les responsables de programmes pourraient également offrir certains privilèges aux personnes ayant obtenu des diplômes, comme un baccalauréat en travail social, une maîtrise en travail social, en psychologie ou d'autres domaines considérés équivalents.

Voici un résumé qui présente, en ordre d'importance décroissant, les facteurs jugés importants par les leaders des Premières nations, les travailleurs communautaires du PNLAADA et la direction des centres de traitement du PNLAADA. Il y a une grande uniformité quant aux préférences exprimées. Il y a également un léger écart quant à la note plus faible accordée à la reconnaissance par les organismes provinciaux de lutte contre les dépendances. Cet écart peut en partie s'expliquer par les opinions divergeantes quant à la reconnaissance par les organismes provinciaux de chaque type d'intervenant. Par exemple, au Manitoba, la province ne reconnaît pas les évaluations effectuées par les travailleurs communautaires du PNLAADA formés par Santé Canada en ce qui concerne les clients appelés à comparaître pour conduite avec facultés affaiblies. Cela entraîne une certaine frustration chez les intervenants, sans oublier le double emploi que cela suppose et l'inconvénient pour les clients.

TABLEAU 22

Quels sont les éléments importants en ce qui a trait à la formation des intervenants du PNLAADA?

Éléments importants	Chefs	Travailleurs communautaires du PNLAADA	Centres de traitement
Participation des Autochtones au développement du programme	4,5	4,3	4,5
Instructeurs autochtones	4,4	4,3	4,2
Reconnaissance par les Premières nations et les Inuits	4,4	4,4	3,8
Accès à une formation spécialisée	4,4	4,4	4,1
Reconnaissance par un organisme professionnel	3,9	4,1	3,8
Reconnaissance par les organismes provinciaux de lutte contre les dépendances	4,2	4,1	3,4
Diplôme, collège	3,9	4,0	3,8
Baccalauréat, université	3,4	3,3	3,2

*1 = peu important 5 = très important

3.5.1 Créer un bassin d'intervenants qualifiés

Vers le milieu des années 1980, le Québec a élaboré une stratégie pour former les futurs employés des centres de lutte contre les dépendances. Le centre de traitement de la réserve Kitigan Zibi au Québec offre un exemple de cette approche à la formation, L'avantage de cette approche est qu'elle permet l'utilisation des fonds de recyclage et de perfectionnement des compétences alloués par Développement des ressources humaines et les programmes d'aide sociale. La formation d'un bassin d'intervenants potentiels avant le début de l'emploi serait très judicieux puisque les intervenants du PNLAADA (51 p. 100) et les centres de traitement (63 p. 100) disent avoir de la difficulté à recruter des employés qualifiés.

3.5.2 Centres de traitement en tant que centres de formation

L'idée déjà présentée d'utiliser les centres de traitement en tant que centres de formation pour les zones de recrutement reste une approche pratique pour faire face aux problèmes de l'orientation et de la formation plus poussée. Cela apparaît évident selon le modèle actuel des préférences et d'utilisation des sources de formation évaluées par les centres de traitement et les travailleurs communautaires :

TABLEAU 23

Préférence par rapport à utilisation - divers types de formation

Méthodes de formation	Centres de traitement		Travailleurs communautaires	
	*Préfèrent	*Utilisent	*Préfèrent	*Utilisent
Ateliers	4,2	3,9	4,4	4,2
Conférenciers (consultants)	3,6	3,8	4,2	3,3
Diplôme	3,6	4,1	4,2	3,3
Programme spécial à l'université ou au collège	3,5	S/O	4,0	S/O
Éducation à distance	3,3	S/O	3,8	S/O

*(Préfèrent 1= pas important 5 = très important)
*(Utilisent 1 = pas utilisé du tout 5 = utilisé très fréquemment)

Les chiffres pour la formation plus poussée sont élevés; 64 p. 100 des travailleurs communautaires du PNLAADA et 68 p. 100 des répondants des centres de traitement disent suivre une formation plus poussée.

L'équipe de l'examen a également trouvé que 75 p. 100 des centres offrent une formation au travail. Nous avons demandé au personnel des centres de traitement s'ils ont reçu une formation avancée ou spécialisée, à quoi 68 p. 100 ont répondu « oui ». Cette formation spécialisée était la plus fréquemment offerte dans des collèges communautaires, et ensuite, au travail. Les ateliers sont au troisième rang comme mode de formation spécialisée.

3.5.3 Formation générale du PNLAADA

Les diplômes, la reconnaissance par un organisme professionnel et la reconnaissance par les Premières nations et les Inuits étaient des éléments très importants en matière de formation. Ces trois éléments ont également entraîné la plus grande frustration non seulement chez le personnel des centres de traitement, mais également chez le personnel rencontré au cours des visites communautaires et des réunions régionales. La source de leur frustration semble reposer sur le fait que bon nombre d'employés travaillant dans le domaine de la dépendance à l'alcool ou aux drogues ont suivi une formation qui a été évaluée de bonne à excellente; toutefois, bon nombre d'entre eux constatent que leur formation ne leur donne droit à aucun crédit, ou n'est pas reconnue par d'autres établissements d'enseignement, les organismes d'accréditation et même par leurs propres collègues. Par exemple, ils sont d'avis qu'ils ne peuvent poser leur candidature pour d'autres postes dans le domaine parce que leur formation ne répond pas aux exigences. Ce fait apparaît plus évident lorsque l'on compare leur situation à celle de leurs contreparties qui ne sont pas attachées au système PNLAADA, comme les intervenants provinciaux dans le domaine de la dépendance aux drogues et à l'alcool.

Lesconseillers des centres de traitement et les travailleurs communautaires dans le domaine de la dépendance aux drogues et à l'alcool ont mentionné avoir suivi une formation spécialisée dans divers secteurs. Même si ces éléments n'ont pas été évalués dans le présent rapport d'examen, les commentaires obtenus au cours des visites sur place et des groupes de discussion régionaux ont permis de dégager les domaines de formation suivants : a) counselling spécialisé, b) effets des mauvais traitements subis dans les pensionnats, c) violence et abus sexuel et d) dépression. Les problèmes mentionnés ci-dessus, comme les effets des mauvais traitements subis en pensionnat et l'abus ou la violence sexuelle et la dépression reflètent la majorité des problèmes de santé mentale éprouvés par les clients dans leurs communautés justifiant un traitement.

Les établissements d'éducation des Premières nations qui offrent un niveau de formation postsecondaire équivalent à celui des provinces doivent être appuyés et encouragés non seulement par les communautés autochtones et leurs autorités, mais également par les provinces et le gouvernement fédéral. Une aide financière et politique des gouvernements fédéral et provinciaux est nécessaire pour aider les établissements d'éducation des Premières nations à mener les recherches et à élaborer les programmes d'étude nécessaires pour atteindre un niveau de qualité et une reconnaissance des collèges, universités et organismes d'accréditation provinciaux et nationaux.

3.5.4 Besoins en formation connexes

En plus de la formation liée aux dépendances ou à des domaines connexes, il est évident que Santé Canada devrait également mettre l'accent sur le développement des capacités dans au moins deux domaines.

La présente étude a identifié l'équipement disponible au niveau communautaire. Soixante-douze pourcent des intervenants disaient disposer d'un ordinateur et quarante-sept pourcent disaient pouvoir accéder à Internet. Il faut également noter que chaque école des Premières nations au Canada est équipée d'ordinateurs et d'un accès Internet, Internet qui devrait servir d'outil de communication, d'information et de formation. Cela est important si l'on considère que seulement 14 p. 100 des personnes se disent en mesure d'utiliser ces outils déjà disponibles, comme Internet.

L'autre domaine est la formation multidisciplinaire. Soixante dix-neuf pourcent des travailleurs sociaux et soixante-dix pourcent des travailleurs du domaine de la santé se disent intéressés à une formation conjointe qui ferait la promotion d'approches efficaces pour répondre aux besoins de la communauté. Ces travailleurs ont proposé divers thèmes pour cette formation conjointe. Celui qui a été le plus fréquemment mentionné est la gestion de cas, y compris les aspects liés aux dépendances comme les processus de suivi, le syndrome d'alcoolisme fétal, de l'information générale sur la consommation d'alcool et de drogues, l'aiguillage et les processus d'évaluation. De plus, on s'est montré particulièrement intéressé à certains thèmes comme la prévention du suicide et l'intervention, la violence familiale, l'abus sexuel des enfants, l'intervention en cas de crise et d'autres sujets ayant les mêmes genres de répercussions au niveau communautaire.

3.6 Systèmes à utiliser pour le PNLAADA

Observation

- ***Le PNLAADA ne s'appuie pas sur une philosophie globale qui s'applique à différents programmes et services de traitement et à différentes personnes, dans le cadre d'un système global de soins aux personnes dépendantes.***

En règle générale, les responsables des visites sur le terrain n'ont pas eu l'impression que les divers éléments du PNLAADA étaient organisés de manière à garantir l'efficacité individuelle et collective des programmes et services traitant des problèmes de dépendance financés par Santé Canada. Néanmoins, pour faire une évaluation juste, il est important de tenir compte de

la récente évolution observée au sein de Santé Canada et en ce qui concerne les liens entre le Ministère et les Premières nations. Cette évolution influe à la fois sur la structure de coordination théorique et pratique des programmes de soins de santé. Ces dernières années, la Direction des programmes de santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada a décidé que les membres des Premières nations et les Inuits contrôleraient eux-mêmes leurs programmes et leurs ressources de santé au bout d'une période déterminée par le Ministère et les parties concernées.

Tout comme on a pu l'observer au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, la situation actuelle résulte d'une orientation politique délibérée, mais également des décisions rendues par le Tribunal canadien des droits de la personne. Cette situation a obligé le gouvernement fédéral à éviter certaines interprétations de la façon dont il dirige ou définit les programmes ou les personnes qui y sont affectées. Lorsque les communautés ou les programmes de traitement sont visés par la politique de transfert de Santé Canada, les communautés peuvent s'adapter et éliminer théoriquement certains programmes, à condition que ces mesures respectent les paramètres du plan de santé communautaire, et que l'organisation concernée mette en oeuvre les éléments obligatoires du programme, par exemple la présentation de rapports sur les maladies contagieuses et la vaccination.

En pratique, et au risque de faire une généralisation, on peut dire que même les communautés qui ne sont pas visées par la politique de transfert sont traitées selon la même approche non interventionniste. Ainsi, on laisse généralement son autonomie à chaque communauté et centre de traitement, en particulier pour les programmes individuels comme le PNLAADA. Il est important de noter que le Programme des représentants de la santé communautaire et les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé sont gérés de la même façon.

Il est clair que l'autodétermination et l'autonomie gouvernementale constituent les objectifs des Premières nations et des Inuits, et que de telles orientations vont dans le sens des recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones. Cependant, en raison de la nature interactive et de l'interdépendance des programmes de lutte contre les dépendances faisant partie du PNLAADA initial, et de la portée régionale de nombreux services offerts par ce programme, il faut mettre en place des systèmes qui augmenteront les chances de succès des programmes de lutte contre les dépendances. En général, les volets du Programme comme la formation, les conseils techniques et la supervision clinique, ainsi que la présentation de rapports et la collecte de données, ne sont pas accessibles aux communautés.

Lorsqu'on étudie les raisons justifiant la mise en place de systèmes, il faut examiner les éléments essentiels à ces systèmes afin de déterminer la meilleure façon de garantir l'efficacité de leur fonctionnement. Dans le cadre de cette discussion, il ne faut pas oublier que ce sont les communautés qui sont visées. Dès le départ, le présent examen cherchait à examiner les besoins de base du Programme. En fait, la question qu'il faut se poser est la suivante : « Qu'est-ce qui peut aider les programmes communautaires à répondre plus efficacement aux besoins des personnes souffrant de dépendance? »

Il faudrait établir les coûts de tous les types de programmes et services qui devraient être offerts dans chaque communauté. Une partie du Programme devrait définir le contexte dans lequel des conseillers spécialisés seraient reconnus et les situations qui justifient le recours à des employés à temps partiel. Cela faciliterait la mise en place d'un processus qui aiderait les chefs des Premières nations à allouer plus efficacement les fonds disponibles aux programmes et à déterminer les lacunes potentielles. Santé Canada et les Premières nations devraient utiliser ces estimations comme des données repères pour toutes les communautés, et déterminer les possibilités de répondre à la demande. Un tel processus devrait être lié à la mise en oeuvre d'un système de présentation de rapports basé sur les résultats.

Par ailleurs, il est important de noter que l'examen de la nécessité de créer certains systèmes ne signifie pas automatiquement qu'il n'existe aucun élément déjà en place, mais plutôt que le système n'est pas en place de façon uniforme et stratégique dans toutes les régions ou à l'échelle nationale. Il faut préciser que les chefs des Premières nations sont des partenaires clés de Santé Canada en ce qui concerne les mesures de suivi et le « leadership ». Lorsque des mesures immédiates sont recommandées à Santé Canada, ces domaines de responsabilité ne devraient pas nécessairement demeurer au sein du Ministère à long terme.

Observation

- ***Aucun leadership ou soutien systématique n'est offert aux communautés ou aux centres de traitement. Le nombre et la valeur des interactions entre les opérations régionales et les communautés et centres de traitement varient considérablement.***

- ***La qualité de l'interaction entre les centres de traitement et les programmes communautaires est irrégulière et a un impact négatif sur le succès auprès des clients.***

- ***Il n'existe ni norme ni processus d'accréditation des intervenants.***

- ***Il n'existe aucune norme applicable aux programmes communautaires ou aux programmes de traitement.***

Par exemple, lors des visites sur le terrain, on a observé que les nouveaux intervenants, en particulier ceux des sites plus isolés et plus éloignés, ne recouraient pas à des procédures comme l'orientation, l'évaluation ou la fourniture de renseignements de base, pourtant essentielles pour un nouvel intervenant chargé des problèmes de dépendance qui n'a pas encore eu accès à la formation. Il faut tout de même souligner que les intervenants ont pu comprendre les procédures de base en lisant les dossiers. Malheureusement, les diverses politiques régionales en matière de transport et d'escorte, et les procédures et l'information de base relatives aux programmes de traitement offerts à l'échelle provinciale et nationale ne sont pas disponibles. Dans bien des cas, cette situation a empêché les intervenants d'offrir des services efficaces aux résidents de la communauté.

On observe également la situation inverse, et il existe des exemples édifiants d'employés ou de programmes qui utilisent des méthodes de travail satisfaisantes. Par exemple, dans la Première nation de Rama, les conseillers visitent les centres de traitement avant d'y envoyer des clients, orientent leurs clients vers ces centres, assurent un suivi de leur dossier durant le programme de traitement et participent aux plans de mise en congé visant les clients. En plus des Alcooliques Anonymes (AA), un certain nombre de cercles de guérison, destinés à divers groupes comme les femmes, les hommes, les victimes de violence et d'autres personnes, ont été créés et font partie du suivi.

Après avoir recueilli divers commentaires et diverses données, l'équipe chargée de l'examen a observé que personne n'offre un « leadership » systématique en ce qui concerne la lutte contre les dépendances. Par contre, cette observation révèle à l'évidence la possibilité de faire participer davantage divers groupes en leur fournissant des documents et des renseignements utiles sur les diverses dépendances. Les membres de l'équipe pensent que Santé

Canada hésite à assurer un leadership central. Cependant, comme l'illustre le tableau suivant, les intervenants du PNLAADA pensent qu'ils peuvent obtenir des documents et des renseignements précieux auprès de la DGSM à l'AC, et qu'il serait bon que Santé Canada joue un rôle plus actif dans la fourniture de ces documents et renseignements.

TABLEAU 24

Comparaison des questions relatives aux groupes de soutien et aux ressources

Groupes/Sources	Est-ce que votre programme reçoit des renseignements et des documents utiles des sources suivantes?		Selon vous, quels groupes pourraient vous aider s'ils jouaient un rôle plus actif?	
	Intervenants du PNLAADA	Centres de traitement	Intervenants du PNLAADA	Centres de traitement
Institut de la santé autochtone	°N/D	°N/D	3,9	3,8
Nouveaux organismes autochtones de lutte contre les dépendances	°N/D	°N/D	4,1	3,9
Ateliers et conférences	3,7	3,2	4,3	3,8
DGSM - Administration centrale	3,0	2,8	3,6	3,5
Nechi Institute	3,0	2,4	3,9	3,9
Consultants régionaux	2,9	3,0	3,9	3,9
Consultants de zone du PNLAADA	2,8	2,3	3,9	3,8
Instituts de formation	2,8	2,2	4,0	3,5
Autres employés régionaux de la DGSM	2,7	2,4	3,4	3,7
SOAR	2,7	2,3	3,9	3,4
Organismes provinciaux de lutte contre les dépendances	2,7	1,9	3,9	3,6
Coordinateurs du PNLAADA dans les conseils tribaux	2,6	1,9	3,9	3,6
Collèges communautaires et universités	2,6	2,7	3,8	3,5
Consultants	2,5	2,5	3,4	3,3

Assemblée des Premières nations	2,4	1,8	3,6	3,0
Personnel médical des OPT	2,1	1,7	3,2	2,8

* N/D – Non disponible (ces organisations n'existent pas encore)

Le tableau 24 indique que la création d'un nouvel organisme autochtone de lutte contre les dépendances ou d'un institut autochtone de la santé comme source possible d'information et de documentation serait populaire, parce qu'elle appuierait les projets communautaires et les centres de traitement.

Il convient de noter qu'en général, les intervenants communautaires sont peu satisfaits des documents et de l'information qu'ils reçoivent de la plupart des sources. De même, les répondants des centres de traitement sont encore plus insatisfaits des diverses sources que les répondants de la communauté.

Lors des visites sur le terrain et durant les réunions de groupe de l'équipe d'examen, on a discuté du rôle possible que pourraient jouer certains centres de traitement (voire même tous ces centres) en matière de formation; ils seraient alors des points centraux de coordination des programmes de postcure, et pourraient créer des réseaux et fournir des renseignements aux intervenants communautaires dans le secteur géographique desservi par le centre. Grâce à cette approche, les intervenants communautaires connaîtraient bien les programmes de traitement et sauraient qu'il existe une formation en matière d'orientation, d'évaluation et de suivi du traitement. Les représentants des centres de traitement présents au sein des groupes de discussions demeurent prudents face à une telle possibilité. Par ailleurs, certains craignent que les centres soient obligés de mettre en place leur propre processus de financement et de modifier leurs critères à cette fin.

Le centre de traitement de Round Lake est un exemple de centre qui serait une source d'expertise à l'échelle nationale, en particulier grâce à ses travaux innovateurs en matière de postcure et de systèmes d'information sur les traitements basés sur les résultats. Ce centre, ainsi que d'autres programmes et activités exemplaires, pourraient servir de modèles et de sites de formation pour d'autres programmes, à condition que l'on prévoie le financement nécessaire à ces activités.

3.7 Possibilités d'intégration

3.7.1 Intégration des efforts de lutte contre les dépendances à Santé Canada

Observation

- ***Il n'y a pas, à Santé Canada, de stratégie commune pour la lutte contre les diverses dépendances qui sévissent au sein des communautés des Premières nations et des Inuits, ce qui restreint l'efficacité de chaque programme à l'échelon local.***

Il existe un sujet de préoccupation qui n'a vraisemblablement pas été abordé en tant que question distincte dans le cadre de l'examen du PNLAADA. Il s'agit de l'existence, à Santé Canada, de plusieurs secteurs de financement au chapitre de la lutte contre les dépendances. On trouve notamment le financement des programmes relatifs à l'abus de solvants et au tabagisme, ainsi que le financement de base visant des initiatives telles que le Programme des personnages modèles autochtones de Kahnawake. De façon particulière, étant donné l'apparition possible de nouvelles dépendances telles que la dépendance au jeu, il semble indiqué de mettre en place une infrastructure de base pour les programmes touchant ces questions, de manière à ce que les systèmes viennent soutenir la recherche, les communications, la collecte d'information, la coordination, la formation et l'évaluation.

En outre, certains aspects du modèle relatif à l'abus de solvants, en particulier la post-cure, auraient pu s'avérer pertinents pour l'élaboration de modèles efficaces pour la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Il pourrait certes y avoir également quelques exemples pratiques de modèles de financement ou de processus de paiement. Soulignons toutefois que ces réflexions ne visent nullement à critiquer l'objet de l'étude, mais plutôt à mettre en évidence les possibilités nombreuses qui s'offrent si l'on veut conjuguer les efforts reposant sur les systèmes qui émanent des différents groupes d'intervenants du monde «cloisonné » de la lutte contre les dépendances.

Par exemple, il serait de toute évidence profitable aux travailleurs communautaires d'avoir participé à la création ou à l'adaptation d'un système permettant de déterminer le nombre de lits disponibles lorsque viendrait le temps de diriger des clients vers des programmes d'aide aux personnes faisant face à un problème d'abus de solvants. Il importe de prendre ce facteur en considération, car des fonds sont octroyés aux communautés pour les initiatives visant ce phénomène dans le cadre du programme Pour des collectivités en bonne santé. Dans certaines communautés, des

professionnels du domaine ont été embauchés. Par contre, dans l'une des communautés visitées, les intervenants du PNLAADA n'avaient d'autre choix que de répondre aux besoins en matière de désintoxication de plusieurs jeunes en attente d'une place dans un centre de traitement pour personnes aux prises avec l'abus de solvants, étant donné que l'intervenant responsable de cette question ne possédait ni la formation ni l'expérience nécessaires pour s'occuper des problèmes complexes associés à cette dépendance chronique. Or, les intervenants du PNLAADA n'avaient pas nécessairement, eux non plus, la formation adéquate pour s'en charger. Cependant, ils ont fait preuve d'un grand sens du devoir et d'un dévouement admirable dans l'accomplissement de cette tâche.

3.7.2 Intégration de la planification des programmes communautaires de guérison

Observation

- ***On n'a pas défini clairement la nécessité d'intégrer les divers efforts communautaires en matière de guérison, ni les principes devant régir cette intégration.***

Les divers programmes actuels doivent sans l'ombre d'un doute être intégrés dans le cadre d'une stratégie globale axée sur les communautés. Comme il en a été question dans la partie portant sur la coordination avec les autres organismes concernés, il faut mieux coordonner les services et assurer une communication au sujet des services fournis à l'échelon local. Certaines communautés y arrivent très bien et pourraient servir de modèles à cet égard.

De prime abord, les décideurs et les concepteurs de programmes pourraient être portés à croire que l'ensemble du financement visant les diverses approches doit être regroupé en un seul fonds destiné au volet global de la « guérison ». Cependant, il ne faudra pas perdre de vue certains aspects lorsque viendra le temps de vraiment regrouper le financement.

3.7.3 Établissement d'un équilibre entre les intervenants en santé mentale et ceux du domaine de la lutte contre les dépendances

Dans les milieux de la santé (et non pas seulement au sein des Premières nations), un débat a lieu autour de la question de savoir si le phénomène de l'abus d'alcool, de drogues et d'autres substances intoxicantes constitue en soi un problème fondamental ou s'il n'est pas plutôt symptomatique de

malaises plus profonds. En d'autres termes, on discute ferme pour déterminer si l'abus de substances intoxicantes correspond à une cause ou à un effet. Les partisans de la théorie selon laquelle il s'agit d'une cause font reposer en partie leur argumentation sur le fait que plusieurs dépendances représentent une maladie d'après la définition de l'OMS et de l'American Medical Association, entre autres. Le débat présente un intérêt certain, car il influe sur l'organisation des programmes. Pour leur part, certains intervenants en santé mentale, notamment, placent généralement l'alcoolisme et la toxicomanie au dernier rang de l'ordre d'importance. En revanche, ceux pour qui l'alcoolisme est une maladie tendent à se centrer sur la question de la dépendance et à relier à ce phénomène tous les maux des communautés sur le plan social et dans le domaine de la santé.

En dernière analyse, cette question ne devrait pas déterminer la place de chaque programme dans l'ordre de priorité lié à la supervision ou à la prise de décisions. L'abus de substances intoxicantes entraîne des problèmes énormes au sein des communautés des Premières nations; il importe donc moins d'établir s'il s'agit d'une cause ou d'un effet que d'instaurer de véritables approches intégrées axées sur le travail d'équipe afin de lutter contre les problèmes des communautés. En fait, dans une certaine mesure, on pourrait soutenir que l'abus de substances intoxicantes est à la fois une cause et un effet. En effet, toute personne aux prises avec un problème de dépendance a de fortes chances de présenter aussi des symptômes de troubles mentaux graves tels que d'autres formes de dépendance ou une incapacité à faire face aux contraintes et défis de la vie. De plus, il est très probable que se manifestent aussi chez elle des troubles physiques comme le diabète, une maladie du coeur ou d'autres affections associées à une intoxication chronique, par exemple la cirrhose.

Par ailleurs, il n'est pas réaliste de se centrer uniquement sur la question de la dépendance, étant donné que, comme on le reconnaît généralement, les personnes qui participent à un programme de traitement en établissement vivent également d'autres problèmes comme la violence familiale, le deuil non vécu, l'incapacité de résoudre les problèmes familiaux, ou encore l'agression sexuelle. Ajoutons que les résultats de l'étude indiquent clairement qu'on s'attendait à ce que les intervenants du PNLAADA possèdent également des compétences en matière de violence familiale et d'agression sexuelle.

Il s'avère difficile, voire impossible d'établir et de garder un équilibre parfait entre les programmes de santé mentale et les programmes de lutte contre les dépendances. Il importe davantage de reconnaître la nécessité d'un tel équilibre, ainsi que les rôles que doivent jouer ces deux types de programmes pour qu'on ait des individus, des familles, des communautés et des peuples en santé.

3.7.4 Circulation de l'information dans les deux sens : élément essentiel à un bon travail d'équipe

La divergence de vues décrite ci-dessus se manifeste notamment par une tendance au « cloisonnement » relativement à l'information détenue par les divers intervenants des services d'aide. Par exemple, on peut s'attendre à ce qu'un intervenant en traitement de l'alcoolisme aiguille certains clients vers des professionnels de la santé mentale ou des travailleurs communautaires spécialisés en la matière. Or, il semble y avoir un manque de communication avec les intervenants en santé mentale au sujet des résultats de l'aiguillage ou lorsqu'il s'agit de diriger à nouveau le client vers les intervenants qui ont initialement pris en charge le dossier. Cette situation provoque des problèmes fondamentaux qui font obstacle à l'instauration d'approches véritablement axées sur le travail d'équipe pour le contact avec les membres de la communauté. Souvent, les médecins qui dirigent un client vers un autre service se montrent réticents à travailler en équipe relativement à des questions telles que l'utilisation à mauvais escient de médicaments prescrits.

De plus, dans certaines communautés (particulièrement les petites communautés), les divers membres de l'équipe responsable d'une question ou d'un client conjointement avec les intervenants du PNLAADA relèvent parfois de différents employeurs. Par exemple, dans quelques communautés, l'intervenant du PNLAADA et le représentant en santé communautaire (RSC) sont tous les deux à l'emploi du même organisme relevant d'une Première nation ou d'une communauté inuit; l'infirmière de santé publique travaille quant à elle pour Santé Canada, alors que le psychologue est un travailleur indépendant dont les interventions sont rémunérées en tant que services de santé non assurés (SSNA) en vertu d'une entente fondée sur la rémunération à l'acte. Pour sa part, l'intervenant en santé mentale est employé par la bande ou par une organisation distincte (par exemple à Nodin, dans la zone de Sioux Lookout). Enfin, l'intervenant des services à l'enfance et à la famille est attaché à un organisme relevant du conseil de bande (comme le Ojibway Tribal Family Services) qui est financé grâce à divers mécanismes et assujetti aux lois provinciales.

Dans un tel contexte, les intervenants seraient en droit d'invoquer la confidentialité pour justifier le fait qu'ils n'échangent pas d'information relative à un client ou à un événement traumatisant (par exemple un suicide) survenant au sein de la communauté. La situation nuit cependant grandement et inutilement à un travail d'équipe efficace. Il est par ailleurs nécessaire d'établir des méthodes et des procédures en vue d'une mise en commun de l'information qui se fasse dans le respect des dispositions législatives en la matière, tout en permettant un échange de renseignements propre à faciliter le travail d'équipe, à améliorer la coordination et à assurer la prestation de services adéquats aux membres des communautés. Pour ce faire, il faudra probablement instaurer des protocoles au sein de chaque province.

Tel que nous en avons discuté dans la partie relative à la coordination, Santé Canada et les autres ministères fédéraux, ainsi que les Premières nations et leurs organisations devraient vraiment s'attacher à concevoir des modèles pour la gestion des cas et à assurer une formation dans ce domaine.

3.7.5 Démarche suggérée pour l'intégration des programmes communautaires

Il s'avère essentiel pour l'intégration des services qui s'impose d'établir au moins deux approches qui tiennent compte des réalités différentes dans lesquelles s'inscrit la mise en oeuvre des programmes communautaires par rapport aux programmes de traitement.

3.7.5.1 Systèmes de prestation intégrée des services de santé – échelon local

Parmi les concepts issus des réformes de la santé effectuées par le fédéral et les provinces, le plus intéressant réside dans l'élaboration d'un mode de prestation intégrée à l'échelon local pour les services de santé. En examinant l'évolution des concepts relatifs aux soins de santé qui découlent de réformes semblables menées dans d'autres pays comme la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et les États-Unis, on constate clairement qu'il est nécessaire d'intégrer les programmes de santé en concentrant les efforts sur les soins primaires.

L'OMS définit comme suit les soins de santé primaires :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Par définition, les soins de santé primaires englobent un vaste éventail de services et d'interventions, notamment dans les domaines de la promotion, de la prévention, du traitement, du soutien et de la réadaptation, et font appel à des approches qui touchent aux autres secteurs (par exemple par l'établissement de déterminants plus généraux pour la santé).

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les Premières nations comptent actuellement de nombreux organismes qui cohabitent au sein du réseau local de services sociaux et de santé. Le modèle instauré par Santé Canada pour le transfert des responsabilités en matière de santé constitue un premier pas dans la bonne voie en ce sens qu'il regroupe les services de santé assurés par le fédéral dans le cadre d'une structure de gestion établie par chacune des Premières nations. Cependant, même en vertu de ce modèle, certains éléments ne sont pas visés par la structure en question, notamment - et surtout - les ressources et services fournis dans le cadre du programme des services de santé non assurés.

Tel qu'il en a été question dans la partie relative au financement, le gouvernement fédéral s'engagera probablement sur la voie des paiements de transfert. Dès lors, les communautés seront poussées à utiliser un mécanisme de financement intégré, éventuellement une entente unique en vertu de laquelle on regrouperait tous les fonds provenant des diverses sources de financement fédérales. Étant donné la nature des services sociaux fournis par le MAINC, il est justifié de considérer également la possibilité de conjuguer les efforts déployés dans les domaines de la santé et des services sociaux à l'échelon local. Toutefois, de telles ententes de financement, bien qu'elles soient possibles à l'heure actuelle, prendraient probablement beaucoup de temps à mettre en oeuvre sur une grande échelle au sein des différents ministères fédéraux.
Outre les services fédéraux, de nombreuses communautés reçoivent également des services relevant de la province et fournis soit à titre de services directs, soit

F2

dans le cadre d'ententes contractuelles. Par conséquent, le nombre d'intervenants des services de santé et des services sociaux connexes s'en trouve augmenté. Les membres des Premières nations ont généralement droit, à titre individuel, aux services assurés qui englobent les services de médecin, les soins hospitaliers et spécialisés secondaires et tertiaires, ainsi que divers types de services de soutien de niveau variable, notamment des services de physiothérapie et d'optométrie, et d'autres services de même nature.

Il ne sera pas aisé pour les Premières nations de se charger elles-mêmes de la prestation directe de tous les services sociaux et de santé, en particulier les soins secondaires et tertiaires. Néanmoins, elles doivent éliminer le cloisonnement inutile des programmes. Pour ce faire, il leur faudra à tout le moins élaborer des protocoles pour la diffusion de l'information et, éventuellement, regrouper les services communautaires sous la direction de responsables autochtones locaux.

Le coeur de la question est qu'il est de toute évidence nécessaire de promouvoir les efforts d'intégration au sein des communautés des Premières nations et des Inuits. Parmi les arguments invoqués à l'appui d'une telle orientation, il y a le fait que le concept de réforme de la santé doit être ramené à une perspective locale. Les efforts d'intégration déployés par les communautés requerront le soutien du gouvernement et un encouragement de sa part. L'assistance nécessaire consiste en partie en une aide à l'abolition des contraintes administratives qui font obstacle à cette intégration. Les services de santé de Nunee et Ahtahkakoop constituent des modèles de réussite que les autres communautés devraient examiner. Cette approche est conforme aux recommandations formulées au sujet des centres de ressources, ou centres d'excellence.

Cependant, dans le cadre du soutien apporté aux efforts d'intégration, il faut être conscient de la différence entre les approches visant vraiment l'intégration et celles qui sont simplement axées sur l'élimination de programmes en vue de créer un seul fonds général pour le financement. Une approche intégrée telle que celle décrite relativement à la Première nation de Rama fait en sorte que chaque domaine de programme correspond à une sphère de responsabilité distincte quand vient le temps de répondre aux besoins de la communauté. Le processus d'admission et de tenue de dossiers est commun, et il comporte l'évaluation et l'aiguillage vers les professionnels adéquats, tel que nécessaire. Cependant, ces professionnels ne relèvent pas toujours du même programme. Toutefois, la diffusion des renseignements figurant sur le formulaire que le client remplit au moment de l'admission permet une concertation efficace et opportune relativement au dossier, assurant également la satisfaction des besoins du client.
En règle générale, les approches fondées sur un financement global s'avèrent

souhaitables. Cependant, l'adoption d'un tel mode financement sans l'établissement de normes pour les programmes entraînerait l'abolition des limites fixées pour ceux-ci. Il pourrait en résulter un manque de focalisation au sein des programmes dans un domaine donné; il s'agit d'une question extrêmement importante pour les communautés des Premières nations et des Inuits. Une discussion plus poussée permettrait de mettre au jour les inconvénients liés à un financement global en l'absence d'une approche systémique pour le soutien des programmes de lutte contre les dépendances, comme il en est question dans d'autres parties du présent rapport. En effet, une telle mesure ferait en sorte que les communautés soient pour une large part laissées à elles-mêmes, étant donné qu'aucune stratégie n'a été mise en place pour assurer une formation ou d'autres activités destinées à soutenir les efforts communautaires. L'autre désavantage d'une approche purement axée sur le financement global réside dans le risque de voir disparaître tout volet prévoyant des fonds spéciaux pour des initiatives comme le PNLAADA et les programmes de lutte contre le sida, ou un financement spécial dans des domaines que les programmes devraient à l'évidence viser. Une fois adoptée ce genre d'approche, de tels éléments ne seraient définitivement plus considérés dans le cadre du financement.

Par conséquent, en plus de la mise en oeuvre d'une stratégie rationnelle visant à appuyer les efforts des communautés, l'élaboration de normes pour les programmes et la mise sur pied de systèmes d'information efficaces sont cruciales à l'heure actuelle. Elles s'avèrent nécessaires pour que les dépendances, domaine important s'il en est, fassent l'objet de mesures qui portent fruit, quel que soit le mécanisme de financement en place. Ces mesures doivent appuyer les efforts visant à intégrer les programmes, de manière à soutenir la planification, l'obligation de rendre compte, l'évaluation et la recherche.

3.7.5.2 Intégration des centres de traitement dans le cadre d'une approche axée sur la guérison

Au moins une des régions de Santé Canada examine la possibilité de transformer les centres de traitement en centres de guérison. Cet examen devrait prendre en compte plusieurs considérations qui touchent les programmes de traitement et rejoignent jusqu'à un certain point les observations formulées dans la partie traitant de l'intégration des programmes communautaires. Les facteurs dont il faut tenir compte lors de la décision relative à cette transformation englobent les points qui suivent.

3.7.5.2.1 Nature tertiaire du traitement

En règle générale, les centres de traitement ne sont pas des établissements communautaires. Cela suppose que, avant de transformer un centre de traitement à d'autres fins, il faudrait discuter avec les communautés généralement servies par ce dernier des moyens à prendre pour répondre aux besoins des clients en matière de traitement des dépendances à la suite d'une telle transformation. On ne pourrait pas simplement affirmer que les clients seraient dirigés vers d'autres centres lorsqu'une telle mesure s'avérerait peu pratique sur le plan logistique ou en raison de la disponibilité des lits. Quand on songe que la plupart des intervenants soulignent justement qu'il y a peu de lits disponibles, on est en droit de s'inquiéter de la possibilité qu'une telle transformation ne fasse qu'aggraver la situation.

Qui plus est, les lits dans les centres de traitement sont considérés comme faisant partie de la réserve nationale de lits. Certaines régions ont présenté des arguments pour étayer le point de vue selon lequel on devrait leur attribuer des lits additionnels. Si la situation change, il faudra envisager de redistribuer les fonds destinés aux opérations de façon à pouvoir répondre aux besoins considérables qui restent à combler à ce chapitre. Si des installations deviennent disponibles, il conviendrait de les utiliser à d'autres fins en puisant à même d'autres fonds, notamment ceux qui sont affectés à des initiatives comme Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé, ou encore le nouveau fonds pour les programmes de guérison.

Trop peu de programmes de traitement visent des groupes cibles comme les familles, les jeunes et les couples. En outre, l'examen indique qu'il n'existe pas assez de programmes spécialisés axés sur ces groupes. Alors, avant de réorienter ces programmes à d'autres fins, il serait important de vraiment essayer de fournir des services à ces groupes, qui n'en reçoivent pas assez. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les travailleurs communautaires signalent que le délai d'attente pour certains types de traitement peut aller jusqu'à neuf mois. En outre, l'étude a montré qu'il faudra fort probablement s'attaquer à de nouvelles formes de dépendance telles que l'utilisation à mauvais escient de médicaments prescrits et la dépendance au jeu.

3.7.5.2.2 Incidence des changements survenus dans les SSNA

On a observé une tendance à utiliser de moins en moins les fond affectés aux services de santé non assurés (SSNA) pour l'aiguillage vers des centres de traitement non rattachés au PNLAADA, ainsi que des pressions croissantes visant la réduction des coûts de transport et un mouvement vers le transfert à l'échelon local des responsabilités en matière de transport à longue distance, autant de phénomènes qui ne manqueront pas d'avoir une incidence sur les fonctions assumées par les centres de traitement. Dès lors, il conviendrait d'examiner les répercussions à long terme de ces tendances ainsi que leurs conséquences éventuelles pour les clients membres des Premières nations

avant de déterminer quelles doivent être les activités de ces centres.

3.7.5.2.3 Approche suggérée pour l'intégration des centres de traitement

Bien que, en raison des considérations exposées ci-dessus, la prudence soit de rigueur au chapitre de l'utilisation des centres de traitement en tant que centres de guérison, il pourrait y avoir des façons d'aborder la question de manière à assurer l'élaboration d'une stratégie de guérison favorable aux Premières nations.

- L'enquête postale et les visites sur le terrain indiquent que les centres de traitement font rarement appel à des professionnels ou à des thérapeutes de l'extérieur dans le cadre d'un volet structuré de leurs programmes. Cette situation n'est pas seulement liée aux pratiques, mais aussi aux restrictions budgétaires et à la conception initiale des programmes, qui favorisait les approches non médicales.

  Le fait de permettre le recours à d'autres professionnels des programmes thérapeutiques pour la gestion des cas accroîtrait la capacité des centres à s'attaquer aux problèmes des clients des programmes de traitement touchant l'alcoolisme et les toxicomanies.

- Élaboration d'une stratégie de guérison englobant des programmes de lutte contre les dépendances
  Il pourrait être avantageux de mettre au point des stratégies régionales ou nationales dont l'orientation globale viserait la guérison. En faisant appel à des groupes de travail multidisciplinaires pour cette entreprise, on favoriserait une approche coopérative axée sur le travail d'équipe pour la satisfaction des besoins des communautés des Premières nations et des Inuits en matière de guérison. Tout comme un équilibre est nécessaire, au sein des organismes communautaires, entre les services de santé mentale et les programmes de lutte contre les dépendances (tel qu'il est souligné dans la partie traitant de cette question), il faut aussi équilibrer les approches fondées sur la guérison. Il y a un lien entre le fait qu'une personne utilise de façon abusive des substances intoxicantes et sa capacité à entreprendre une démarche de guérison, c'est-à-dire qu'il existe une espèce de corrélation, car la personne n'est pas en mesure de guérir tant qu'elle abuse de ces substances.

- L'une des stratégies possibles faisant appel aux centres de traitement

pourrait reposer sur un traitement « poussé » axé sur la guérison. Au sein des groupes de réflexion, les participants issus des communautés concernées tendaient à privilégier l'instauration d'une deuxième phase du plan de traitement destinée à favoriser la guérison personnelle et centrée sur l'acquisition d'un savoir ancestral et la connaissance des cérémonies traditionnelles en vue de permettre un développement personnel continu. Certains clients reviennent suivre le traitement après deux ou trois ans de sobriété parce qu'elles n'ont pas réglé certains problèmes. Cette deuxième phase du programme de traitement pourrait aider les personnes se trouvant dans ce cas.

- Examen des approches adoptées ailleurs au pays en matière de guérison

  Dans d'autres provinces et territoires, il existe des pavillons de guérison, mais ils sont de création relativement récente. On trouve notamment le pavillon de guérison de Selkirk, au Manitoba, et, en Ontario, bon nombre d'autres pavillons du même genre qui sont financés par le gouvernement provincial dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Il serait utile d'examiner ces initiatives afin de déterminer les facteurs ayant contribué à leur succès ou les problèmes qu'elles ont soulevés depuis leur mise en oeuvre, selon.

  La difficulté posée par ces approches réside en partie dans la multiplicité des problèmes que les personnes fréquentant les pavillons de guérison souhaitent régler. Les problèmes d'agression sexuelle, de violence familiale, d'identité, de relations humaines et de deuil non vécu ainsi que d'autres expériences douloureuses ne sont pas faciles à évaluer. Il est donc d'autant plus délicat de n'offrir qu'un programme uniformisé pour traiter tous ces maux. Il faudrait effectuer un suivi afin de déterminer quand une évaluation s'impose pour établir si un client doit s'engager dans un processus thérapeutique à long terme. On devrait également s'assurer de pouvoir faire participer les intervenants en santé mentale à l'évaluation des clients dont le problème d'abus de substances intoxicantes se double de problèmes psychiatriques.

- Mise en oeuvre d'un projet pilote
  Santé Canada et les Premières nations devraient envisager la possibilité d'élaborer des stratégies régionales et nationales de guérison, exercice qui comprendrait la participation de groupes de travail réunissant des personnes telles que des intervenants du PNLAADA et des employés de centres de traitement, notamment. Il faudrait en outre réaliser une étude sur les pavillons de guérison afin de déterminer les avantages potentiels de cette approche et les responsabilités qu'elle suppose. Enfin, dans le cadre de la stratégie globale, il serait indiqué de mettre en oeuvre un projet pilote

permettant d'examiner en détail la possibilité de réorienter les centres de traitement ainsi que les conséquences d'une telle réorientation.

Ce projet pourrait comporter la transformation d'un centre de traitement en un centre général de guérison. Cependant, avant que cela ne se fasse, un processus de demande de propositions devrait avoir lieu, ce qui demanderait un travail préalable de préparation et de recherche en vue de déterminer l'approche souhaitée et la pertinence d'un tel projet. Une fois le centre choisi, il faudrait assurer un soutien financier afin que soient élaborés le programme, la formation et les critères d'évaluation, de manière à ce que le projet pilote puisse être utile à d'autres par la suite.

3.8 Recherche-développement

Dans le plan original du PNLAADA, le volet relatif à la recherche-développement visait à fournir des moyens pour déterminer l'ampleur des diverses dépendances au sein des communautés des Premières nations et des Inuits pour favoriser la conception de stratégies de prévention et d'intervention efficaces, et mettre sur pied un système d'information permettant l'évaluation et la recherche continues. Apparemment, la justification de ces objectifs se serait dégagée des recherches visant à rassembler l'information nécessaire à l'élaboration du document destiné au Cabinet et de la présentation au Conseil du Trésor en vue de la création du PNLAADA. Il est intéressant de constater à quel point on s'est fondé sur des hypothèses au sujet du niveau de soins et on a extrapolé pour déterminer les besoins et le niveau de services nécessaire dans le cadre des programmes proposés.

Il est également intéressant de noter que, grâce au dépouillement de la documentation relative aux dépendances chez les Autochtones effectué avant l'élaboration du cadre d'examen, le volet de recherche-développement de l'ancienne version du PNLAADA nous a légué une quantité appréciable d'études pouvant servir aux recherches en la matière.

Bien que des considérations d'ordre opérationnel aient pu justifier la décentralisation, au profit des régions, du financement autrefois destiné à la recherche-développement, avec le recul on peut avancer qu'il aurait peut-être mieux valu, sur le plan stratégique, réorienter le volet « recherche et conception » afin que, de processus essentiellement axé sur les propositions, il devienne un programme orienté vers les recherches dirigées et permettant la conception et la réalisation des études de base nécessaires en ce qui concerne les programmes de lutte contre les dépendances.

L'étude longitudinale sur la santé au sein des Premières nations offrait une occasion de choix : elle aurait pu permettre la collecte au sein des communautés de données relatives à l'utilisation de diverses substances intoxicantes parmi leurs membres. L'étude dont on dispose actuellement ne traite pas de façon systématique des questions liées à l'incidence de ce phénomène. Cela est curieux, étant donné son caractère détaillé pour ce qui est d'autres questions de nature plus personnelle qu'elle aborde, par exemple la violence sexuelle à l'endroit des enfants.

Des enquêtes pertinentes pourraient aider à prévoir les besoins découlant de nouveaux phénomènes s'avérant être des dépendances ou tout simplement servir d'outils éducatifs destinés à sensibiliser les membres des Premières nations aux tendances inquiétantes qui les touchent personnellement et touchent leurs enfants et leurs communautés. Parmi les nouveaux sujets de préoccupation, mentionnons les problèmes soulignés dans les récents rapports du vérificateur général ainsi que les problèmes potentiels liés à l'abus de médicaments prescrits et les inquiétudes croissantes suscitées par certains jeux de hasard, en particulier le bingo.

Si l'on appliquait le modèle proposé dans le document présenté au Cabinet, c'est-à-dire que, une fois le Programme bien établi, 5 % des fonds seraient consacrés à la recherche-développement, on disposerait d'un montant annuel de 2,75 millions de dollars puisés dans un budget global approximatif de 55 millions de dollars pour l'ensemble du Programme. Il serait bien sûr difficile pour Santé Canada de trouver une telle somme, mais ce ministère, de même que les organisations des Premières nations et des Inuits, aurait avantage à établir un budget correspondant à une partie de ce montant en vue de le combiner aux fonds prévus par Santé Canada pour la création d'un institut de la santé autochtone (ou de plusieurs) et de centres d'excellence, mesure récemment annoncée dans le cadre de la réponse du gouvernement aux conclusions de la Commission royale.

3.9 Systèmes d'information

Dans le cadre du PNLAADA, il serait bon d'obtenir de l'information sur les résultats en recueillant systématiquement des données à chaque étape de l'évaluation, du traitement et du suivi. Ces renseignements aideraient de façon inestimable les diverses personnes participant au processus de traitement à s'acquitter de leurs responsabilités respectives. Une évaluation systématique et régulière des composantes du Programme permettrait d'améliorer ce dernier et d'en assurer l'efficacité.

L'occasion se présente de réunir systématiquement des renseignements sur le suivi et les résultats obtenus pour les clients dans le cadre d'un système

global d'information sur la santé axé sur la communauté. Dans la région de l'Ontario de Santé Canada, on a mis sur pied un tel système, et celui-ci comprend un volet touchant l'alcoolisme et la toxicomanie. On pourrait le modifier de manière à prévoir un suivi comportant des changements mineurs et à pouvoir l'utiliser pour suivre les progrès des clients. Le potentiel de ce système sur le plan du réseautage avec les autres fournisseurs de services du système de santé, notamment les infirmières de santé publique et les intervenants en santé mentale, revêt une importance considérable dans le cadre de la présente étude.

Étant donné que la Direction générale des services médicaux s'est vu attribuer de nouvelles ressources pour la mise en place d'un système d'information sur la santé à l'échelle nationale, il semble logique de penser que ce système pourrait intégrer les modifications susmentionnées. Il serait essentiel que le système cible les 49 centres de traitement visés par le plan de réseautage. Il s'agirait en outre d'un système crucial pour la surveillance de l'étape du suivi faisant suite au programme de traitement.

De plus, malgré les défis suffisamment nombreux posés par la réalisation du projet décrit ci-dessus, on devrait communiquer directement avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord au sujet des systèmes déjà en place pour les programmes d'aide à la famille et à l'enfance afin de déterminer si l'on peut envisager la possibilité de revoir la conception des systèmes existants ou à venir de manière à ce qu'ils servent à la gestion des cas et à la coordination.

3.10 Évaluation de programme

L'évaluation de programme est un processus destiné à déterminer si les objectifs d'un programme ont été atteints. Elle doit faire partie intégrante du processus de planification de programme, plutôt que d'être envisagée après coup. Il existe deux types d'évaluation, soit l'évaluation formative (qui vise le processus) et l'évaluation sommative (axée sur les résultats). La première sert à examiner les activités relevant des opérations courantes d'un programme, et la deuxième, à étudier les activités du programme qui ont une incidence à long terme. Les deux types d'évaluation sont importants, car le fait de n'en mener qu'un seul peut entraîner des conclusions erronées au sujet de l'efficacité du programme évalué.

Pour assurer une évaluation de programme efficace, il faut que les composantes du programme soient extrêmement bien définies. On doit également fixer des objectifs mesurables correspondant aux changements qu'on souhaite apporter au programme et dont l'ampleur doit aussi être définie de même que le calendrier de leur mise en place. En outre, des données de base devraient être recueillies afin qu'on puisse avoir un aperçu de la situation qui prévalait avant la mise en oeuvre du programme. Pour chaque objectif, il doit y avoir des mesures de résultats ou des indicateurs de

performance, et un processus de collecte de données doit être instauré pour obtenir de l'information fiable permettant de surveiller constamment la performance du programme et d'établir subséquemment des comparaisons fondées sur les données de base.

L'examen général du PNLAADA visait en partie la question de l'évaluation du programme; il a permis de déceler de nombreuses lacunes à ce chapitre.

Observations

- ***Il n'existe aucune approche uniformisée pour la collecte de données fiables permettant une surveillance constante de la performance du programme à l'échelon local.***

- ***Selon les répondants à l'enquête et les personnes rencontrées lors des visites dans les communautés, il est nécessaire d'élaborer une approche systématique pour évaluer l'efficacité du PNLAADA.***

- ***Jusqu'à présent, l'évaluation du PNLAADA s'est attachée pour une large part aux questions liées au processus (taux d'occupation des lits, par exemple), plutôt qu'aux résultats obtenus par les patients.***

- ***Les centres de traitement relevant du PNLAADA sont dotés de processus d'évaluation plus structurés que les composantes communautaires du Programme. Toutefois, il appert que les évaluations effectuées par les centres de traitement sont davantage axées sur la conception de programme que sur la mesure des résultats obtenus par les patients.***

- ***À l'échelle régionale, l'évaluation de programme ne semble pas être une priorité. Cependant, dans certaines régions (notamment la Saskatchewan), un processus d'évaluation formel a été établi afin de faciliter la surveillance continue des activités de programme, de façon à ce qu'on puisse s'attaquer aux problèmes à mesure qu'ils surgissent. Apparemment, l'orientation vise, sur ce plan aussi, le processus plutôt que les résultats.***

- ***À l'échelle nationale, seules les données produites par le Système de production de rapports sur les activités***

de traitement (SRAT) de même que les données sur les dépenses permettent une analyse. On n'a pas accordé une attention directe à la question d'une évaluation de programme efficace, en particulier au chapitre de l'incidence globale du PNLAADA.

Afin de répondre aux besoins futurs en ce qui concerne des évaluations de programme efficaces, Santé Canada devrait soutenir la création d'une trousse de formation relative à l'évaluation de programme et pouvant être utilisée pour former les intervenants du PNLAADA, le personnel des centres de traitement et les travailleurs communautaires afin qu'ils soient en mesure de faire des évaluations de programme adéquates. Cette trousse devrait aborder aussi bien l'évaluation du processus que celle des incidences. En outre, on doit fournir suffisamment de ressources pour que le personnel reçoive la formation nécessaire.

Il faudrait que Santé Canada dresse, en collaboration avec les représentants des parties intéressées, une liste des indicateurs de performance de base devant servir aux régions pour l'évaluation annuelle du processus et des répercussions. On pourrait adapter cette liste aux besoins locaux. Cependant, le fait de disposer d'une liste de base faciliterait grandement les comparaisons entre les diverses régions sur le plan de la performance du programme et permettrait à Santé Canada ainsi qu'aux organisations des Premières nations et des Inuits d'avoir une perspective nationale de l'incidence du PNLAADA.

À l'évidence, il faut établir des processus automatisés de collecte de données fiables fournissant de façon continue de l'information pour la gestion des cas et les évaluations de programme. Santé Canada devrait, de concert avec les groupes intéressés, mettre sur pied un groupe de travail chargé d'examiner les besoins en matière de renseignements et les sources éventuelles d'information afin d'assurer une gestion des cas efficace et une évaluation continue du PNLAADA. Par exemple, le groupe de travail pourrait étudier la possibilité de faire appel au sous-système du Système canadien d'information sur la santé relatif au profil des clients aux prises avec un problème d'abus de substances intoxicantes en tant que source d'information sur le PNLAADA.

Le système automatisé qu'on choisira pour recueillir des données fiables doit absolument fournir aussi des renseignements pouvant servir au personnel du PNLAADA dans la gestion des cas. En fait, la fonction première du système devrait être de soutenir les activités quotidiennes de ces employés. La production de sommaires destinés à faciliter la planification et l'évaluation de programme ne devrait être qu'un aspect secondaire du système. Si ce dernier ne peut appuyer les activités de gestion de cas menées par le personnel du PNLAADA, le soutien qu'il assurera à l'échelon local sera négligeable, et les données disponibles pour

l'évaluation du programme s'en trouveront considérablement réduites.

4. DISCUSSION RELATIVE AUX TENDANCES GÉNÉRALES

L'étude des résultats de l'examen fait ressortir plusieurs tendances qui se dégagent aussi des aspects globaux examinés et méritent d'être mises en lumière.

4.1 Questions liées à la problématique Nord-Sud

Lors des visites sur le terrain, on a constaté que plusieurs caractéristiques propres aux communautés des régions septentrionales ou éloignées créaient des défis particuliers, surtout au chapitre des programmes de lutte contre les dépendances et, de façon plus générale, sur le plan des autres programmes de services sociaux ou de santé.

Les coûts de transport constituent la plus évidente des caractéristiques qui influent sur les programmes et limitent les choix s'offrant aux résidents et aux intervenants des programmes. Toutefois, le problème du transport comporte d'autres aspects qui ne sont pas entièrement rattachés au coût plus élevé de la prestation des services. Parfois, un facteur comme l'emplacement d'une piste d'atterrissage peut avoir des répercussions importantes sur la capacité d'une communauté à s'attaquer aux problèmes de dépendance. Par exemple, à Garden Hill, au Manitoba, les résidents doivent utiliser une piste qui ne se trouve pas dans la réserve. Outre les complications entraînées par la nécessité de traverser le lac pour y avoir accès, cette situation empêche également la communauté d'éviter que de l'alcool et des drogues soient introduits dans la région et, partant, dans la réserve. On peut aussi considérer que l'emplacement des bureaux des autorités de police et des établissements de détention a un effet sur la capacité de la communauté à faire face aux problèmes de façon continue et adéquate.

Le recrutement de personnel pose également diverses difficultés. Par exemple, selon la taille de la communauté et son histoire en ce qui concerne les études postsecondaires, il est possible qu'on ne puisse y trouver une réserve de candidats répondant aux critères fixés pour l'admission aux programmes de formation financés par le PNLAADA. Qui plus est, l'absence d'un rajustement salarial en guise d'indemnité d'isolement ainsi que les salaires relativement peu élevés font que les personnes formées sont généralement embauchées par d'autres employeurs pour occuper des postes mieux rémunérés. D'après les communautés qui recrutent des résidents d'autres communautés, les personnes dont c'est le cas s'en vont généralement une fois leur formation terminée. Il y a évidemment des exceptions, et de nombreuses personnes dévouées ont été rencontrées

durant les visites sur le terrain.

Les défis cernés grâce à l'examen sont généralement accentués dans les communautés des régions septentrionales ou éloignées. En soi, les problèmes liés aux communications, au soutien, à la formation, à l'accès aux services provinciaux et à la disponibilité des lits ont des répercussions plus marquées. Au risque de généraliser, on pourrait aussi affirmer que l'accent mis sur le traitement dans les régions du Nord constitue également un problème qui a ses conséquences pour les intervenants du domaine.

4.2 Accent sur le traitement

Dans le cadre du PNLAADA, l'accent est dans une large mesure mis sur les besoins individuels en matière de traitement. Cette situation perdure en dépit des tentatives des principaux décideurs et concepteurs de programme (notamment au sein du personnel de l'administration centrale du PNLAADA, des organisations régionales des Premières nations, des établissements d'enseignement et des autres partenaires clés) pour instaurer une nouvelle orientation. Par exemple, on a déployé des efforts considérables afin d'élaborer pour le PNLAADA un cadre de prévention faisant appel aux principaux groupes intéressés.

Il importe de préciser que les commentaires qui précèdent ne se veulent pas une critique du Programme ni de son personnel. Au contraire, il faut souligner que de réels besoins en matière de traitement existent dans la plupart des communautés et que les dirigeants les perçoivent directement. Partant, ils s'attendent à ce que les intervenants du domaine de la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie fournissent directement des services ou, à tout le moins, jouent le rôle de personnes-ressources pouvant aider les particuliers et les familles, au besoin.

Ce dilemme ne se pose pas seulement dans le cadre des programmes de lutte contres les dépendances. On trouve les même problèmes et les mêmes attentes par rapport à d'autres programmes de services sociaux et de santé. Aux fins de la discussion, prenons l'exemple suivant, qui illustre bien la situation. Il s'agit d'une personne souffrant des complications du diabète (l'amputation éventuelle d'un membre, par exemple). Selon les avis les plus éclairés et les recherches scientifiques les plus fiables, la meilleure approche pour lutter contre le diabète de type II (diabète de l'adulte) est de retarder ou de prévenir l'apparition de la maladie grâce à la combinaison de l'exercice physique, d'une alimentation particulière et d'un mode de vie différent. Cependant, même une telle démarche ne peut garantir qu'un sujet ne sera jamais atteint de diabète et ne souffrira jamais de ses effets. Pour les personnes chez qui on a diagnostiqué un diabète de type I (diabète juvénile),

les mesures mentionnées ci-dessus n'auront aucune incidence sur l'installation de la maladie; au mieux, elles ne feront qu'atténuer ses conséquences à long terme.

Pour revenir à notre exemple, soulignons qu'un professionnel de la santé qui ne cernerait pas les besoins de la personne en question au chapitre du traitement pourrait lui causer un tort réel et, éventuellement, lui faire perdre de sa crédibilité au sein de la communauté. Dans un tel contexte, le défi consiste à modifier les idées des membres de la communauté au sujet du diabète et à mettre en oeuvre des mesures comme celles décrites ci-dessus, mesures qui auront des effets bénéfiques sur toute la population. Il faudra pour ce faire assurer une planification rigoureuse, faire appel à des personnes-clés pour promouvoir un mode de vie adéquat et mener des activités éducatives efficaces visant des groupes cibles tels que les dirigeants de la communauté.

Par ailleurs, les corollaires des problèmes de dépendance au sein des communautés ne peuvent passer inaperçus. En ce qui concerne le PNLAADA en tant que système global, le défi est de reconnaître la situation actuelle, qui témoigne de l'existence de certains besoins en matière de traitement, tout en établissant une stratégie pour se doter des moyens nécessaires à une réorientation des services vers la prévention et la promotion de la santé. À cette fin, il faut voir que la promotion de la santé et du mieux-être doit être orchestrée un peu à la façon d'un mouvement social ou politique. La Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies (SNST), coordonnée par l'institut Nechi, est un exemple éloquent d'approche efficace.

Il faut reconnaître que le meilleur moyen de promouvoir une telle démarche au sein des populations inuits et des Premières nations du Canada consiste à soutenir les institutions autochtones existantes ainsi que les nouvelles initiatives comme l'institut de la santé autochtone et les centres d'excellence, dont on propose la création.

Certaines mesures peuvent être moins impressionnantes, mais tout aussi efficaces pour soutenir la promotion de la santé, la prévention et l'intervention précoce; il s'agit de l'établissement d'objectifs annuels pour le PNLAADA (ou pour Santé Canada), qu'on doit bien faire connaître, de la tenue de conférences visant à promouvoir les concepts de promotion de la santé et de prévention, ainsi que de la création de matériel pour les relations publiques et les communications.

4.3 Répercussions des autres compressions touchant les services sociaux et de santé

On a examiné l'historique du PNLAADA sur le plan financier dans le cadre de la présente étude. Cependant, cet examen ne visait que l'une des dimensions d'une situation complexe. Il faut également reconnaître l'existence d'effets cumulatifs découlant d'autres mesures financières prises par diverses instances. On trouve dans la partie qui suit des exemples de ces mesures.

4.3.1 Échelon fédéral

Le MAINC, suivi en cela par Santé Canada, a aboli les indemnités quotidiennes accordées à titre individuel aux patients participant à un programme de traitement. À l'origine, ces indemnités visaient à couvrir les dépenses diverses engagées par les clients pour l'achat de produits tels que les articles d'hygiène personnelle. Par la suite, on a fait assumer ces coûts au client ou on les a intégrés au budget des programmes de traitement.

Le Programme des services de santé non assurés a permis de contrôler les coûts grâce à une série de compressions liées aux mesures suivantes :

- les services de traitement fournis à l'étranger et les services dont la prestation se fait dans le cadre de programmes de traitement ne relevant pas du PNLAADA ont dans tous les cas cessé d'être assurés;
- on a instauré des restrictions quant à l'aiguillage des clients vers des services fournis à l'extérieur de leur région, même s'ils participent à un programme de traitement rattaché au PNLAADA;
- le transport des malades a été organisé en un programme, et sa responsabilité sera transférée aux communautés.

Le mode de financement par enveloppe adopté par Santé Canada a éliminé la pratique qui consistait à faire appel aux organismes centraux, qui examinaient les besoins liés à chaque programme; il s'en est suivi que le Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC) a été aboli.

À la suite de décisions du Tribunal des droits de la personne relatives à la rémunération de divers groupes professionnels tels que les infirmiers et infirmières, ainsi que les représentants en santé communautaire, les ministères fédéraux ont cessé d'inclure les salaires dans les accords de

contribution et de transfert. Il est donc difficile d'élaborer des arguments fondés sur la parité salariale, étant donné qu'on ne dispose d'aucune référence quant au niveau de rémunération.

De plus, les contributions ont connu une croissance limitée, voire minimale, au cours des cinq dernières années en raison des compressions effectuées par le gouvernement fédéral. En ce qui concerne le PNLAADA, il existe un autre désavantage en ce sens qu'il n'y a pas eu d'augmentation d'échelon de rémunération pour ce programme avant que la période d'austérité ne commence.

En outre, certaines des restrictions (auxquelles il est fait allusion dans la partie qui examine l'aspect financier du PNLAADA) ont été imposées en guise de réponse aux objectifs de réductions budgétaires fixés soit par le gouvernement du Canada dans le cadre de son plan global de réduction des dépenses, soit par Santé Canada afin de faire face aux pressions financières internes.

4.3.2 Échelon provincial

La réforme réalisée par les provinces dans le domaine de la santé a entraîné la réduction, voire l'élimination de nombreux services. Cette conséquence a eu une incidence directe ou indirecte sur les programmes de traitement et sur certains clients au point de vue personnel. Voici quelques-uns des effets de cette réforme :

- le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux a diminué, ce qui restreint l'accès aux services de désintoxication;
- dans le cadre de leurs programmes de services assurés, la plupart des provinces ont imposé des restrictions quant à l'aiguillage vers des services de traitement fournis à l'extérieur de la province ou à l'étranger, ou ont carrément cessé d'assurer ces services;
- la plupart des provinces ont également cessé de payer les examens de santé. Cette mesure constitue parfois un obstacle initial au traitement, car ce genre d'examen coûte généralement dans les 100 $.

Étant donné la réduction du taux d'accroissement des accords de transfert entre le fédéral et les provinces, celles-ci s'inquiètent d'avoir à fournir aux Premières nations et aux Inuits des services sociaux et de santé qui, en vertu de la Constitution, relèvent du gouvernement fédéral.

Les compressions dans les services de santé mentale ainsi que la tendance à la désinstitutionnalisation pour les patients de ces services créent des pressions additionnelles pour les programmes comme le PNLAADA.

4.3.3 Gouvernement fédéral et provinces

Les programmes de mise en liberté anticipée mis en oeuvre dans les établissements pénitentiaires fédéraux et provinciaux, ainsi que le recours à des peines alternatives ont accru les demandes touchant les traitements. Toutefois, ni les provinces ni le gouvernement fédéral n'ont investi les fonds qui permettraient d'y répondre.

4.4 Résumé de la discussion et exposé des possibilités de faire avancer les grandes questions

Tel qu'il ressort des réflexions qui précèdent, le PNLAADA, c[illegible]ant que programme et que partie intégrante du système de soins de santé et de services sociaux, s'inscrit dans un contexte de défis financiers complexes. Il faudra donc des stratégies élaborées et bien au point pour faire face à l'évidence mise en lumière dans la présente étude, c'est-à-dire que des ressources additionnelles sont nécessaires.

La question des salaires illustre la situation de manière éloquente. La grande majorité des personnes oeuvrant dans le cadre du Programme ont mentionné qu'il y avait un problème à cet égard. Cependant, une stratégie conçue avec soin sera nécessaire pour permettre des progrès à ce chapitre et assurer des salaires adéquats. Il n'avance à rien de simplement accepter le fait, souligné par Santé Canada, qu'il n'y a pas de fonds disponibles. Le présent rapport fait ressortir bon nombre d'implications sur le plan financier. Il faudra une approche vraiment axée sur un partenariat entre le gouvernement du Canada, d'une part, et, d'autre part, les Premières nations et les Inuits pour faire face à ces défis. En outre, pour assurer l'efficacité d'un tel partenariat, on devra concevoir une stratégie rigoureuse et réaliste qui prévoit le soutien nécessaire pour le PNLAADA, de manière à ce que les communautés des Premières nations et des Inuits puissent relever les défis de l'heure et de l'avenir.

Il faudra établir des critères de financement visant à accroître l'attention accordée aux secteurs cruciaux signalés dans le présent rapport pour que se produisent les changements nécessaires au chapitre des programmes. Par exemple, si l'on met en place des incitatifs ou une souplesse en matière de financement, ou encore toute autre stratégie, il deviendra avantageux de se conformer aux normes nationales, de mettre sur pied des systèmes de données adéquats, d'évaluer les programmes ou d'obtenir son accréditation

en tant qu'intervenant.

Dans un premier temps, il sera extrêmement important que Santé Canada ainsi que les communautés des Premières nations et des Inuits fassent preuve d'un engagement renouvelé à l'égard du soutien des programmes qui s'attaquent aux problèmes de dépendance avec lesquels les communautés sont aux prises.

Un certain nombre de questions et de possibilités relatives aux salaires et à d'autres aspects financiers soulignés dans le présent rapport devront être pris en considération dans l'élaboration et la mise en oeuvre des divers volets de la stratégie.

Il ne fait pas de doute que Santé Canada devrait étudier le rapport financier détaillé et déterminer s'il est possible d'affecter des ressources aux secteurs qui ont subi les effets pervers des compressions budgétaires au fil des ans.

Dans le même temps, les communautés des Premières nations et des Inuits devraient se pencher sur leur propre situation dans une perspective semblable et examiner les possibilités mises en lumière dans la partie qui suit.

1. Les communautés des Premières nations et des Inuits ont été l'objet de bon nombre de nouveaux programmes et d'initiatives dans le domaine de la santé mentale et du mieux-être au cours des cinq dernières années, programmes pour lesquels on leur a donné une latitude considérable sur le plan des dépenses. On pourrait envisager d'avoir recours aux programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé pour soutenir divers volets de la stratégie globale visant le mieux-être, notamment le PNLAADA.

2. Chaque communauté des Premières nations devrait également passer en revue les accords de financement afin de déterminer si des crédits salariaux sont prévus pour les intervenants du PNLAADA. Dans certain cas, les fonds ont été répartis entre deux intervenants ou on n'a pas accordé un plein salaire aux employés.

3. Les communautés visées par des accords de transfert ont la possibilité de revoir les salaires en fonction de leurs besoins et de leurs contraintes budgétaires propres.

En outre, Santé Canada devrait, en partenariat avec les communautés des Premières nations et des Inuits, établir une stratégie axée sur les possibilités existantes afin de répondre aux besoins dans le domaine de la lutte contre les dépendances en puisant dans les ressources disponibles relevant d'autres

gouvernements. La partie qui suit présente les occasions qui s'offrent à ce chapitre en ce qui concerne le fédéral, les provinces et le secteur privé.

1. Faire appel au fonds fédéral destiné à la prévention du crime, pour lequel aucun critère n'est fixé relativement à la participation des Premières nations.
2. Examiner les dispositions législatives sur le recyclage des produits de la criminalité afin de déterminer les aspects pouvant présenter un intérêt ou un avantage pour les communautés.
3. Étudier les répercussions des programmes de mise en liberté anticipée et de peines alternatives et négocier avec le fédéral et les provinces un financement visant à soutenir les efforts requis.
4. Instaurer une participation aux bénéfices des casinos ou obtenir des fonds à même les profits générés par les jeux de hasard relevant du fédéral ou des provinces pour lutter contre les problèmes liés à la dépendance au jeu.
5. Avoir recours aux ressources affectées aux programmes de lutte contre le tabagisme à l'échelon fédéral ou provincial.
6. Peser le pour et le contre de l'idée qui consiste à demander des fonds aux fabricants de produits du tabac et aux entreprises de brassage afin de s'attaquer à divers problèmes et de financer différents programmes.
7. Définir un rôle précis pour les programmes de lutte contre les dépendances dans le cadre de la stratégie de guérison et de mieux-être.
8. Conclure des ententes en vertu desquelles les programmes rattachés au PNLAADA feraient partie des services du PAE destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits.
9. Élaborer des ententes de rémunération à l'acte aux termes desquelles une formation serait fournie aux intervenants du PNLAADA ainsi qu'aux autres travailleurs des services sociaux et de santé à l'échelon local.
10. Examiner la possibilité d'obtenir des fonds dans le cadre de programmes provinciaux.
11. Étudier le programme des services de santé non assurés afin de déterminer s'il est possible de mettre en oeuvre des stratégies avantageuses pour toutes les parties, notamment des programmes de prévention, d'intervention et de traitement visant à lutter contre l'utilisation à mauvais escient des médicaments prescrits.

Pour conclure, soulignons que, si les besoins sont nombreux, diverses avenues s'offrent quand même pour ce qui est d'y répondre. Cependant, un travail d'équipe, une stratégie efficace et un suivi seront essentiels au succès de toute entreprise en ce sens.

4.5 Évolution de l'autonomie gouvernementale autochtone

Le concept de rapports « de gouvernement à gouvernement » avec les Premières nations et les Inuits, ainsi que la formation de nouveaux partenariats, issus des travaux de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), auront une incidence réelle sur la mise en oeuvre des recommandations formulées dans le présent rapport et, fait plus important encore, sur la façon dont celle-ci se fera.

Dans le document publié par le gouvernement fédéral en réponse au rapport de la CRPA, intitulé *Rassembler nos forces - le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, on énonce quatre objectifs correspondant à la première étape du long processus devant mener à l'instauration d'une relation de travail de gouvernement à gouvernement avec les dirigeants des Premières nations. Il s'agit des objectifs suivants :

- renouvellement du partenariat avec les Premières nations;
- reconnaissance et affermissement des gouvernements des Premières nations;
- instauration de relations financières équitables et viables;
- soutien du renforcement des communautés et des individus formant les Premières nations.

Tel qu'il se dégage du fond et de la forme de la réponse du fédéral, il faudra assurer un suivi relativement à l'examen du PNLAADA pour faire en sorte que les mesures proposées soient conformes aux tendances actuelles dans les rapports entre le gouvernement du Canada et les Premières nations. Toutefois, il importe de souligner que les recommandations ont été élaborées suivant cette philosophie globale et qu'on reconnaît explicitement la nécessité de renforcer les moyens d'action des Premières nations et des Inuits à l'égard des questions sociales et de santé.

Voici quelques-uns des aspects liés à cette approche :

- L'examen de la question de l'établissement de normes, de systèmes d'information et d'une évaluation devra se faire dans une perspective prévoyant la participation formelle des organisations des Premières nations et des Inuits à la conception et à l'approbation des mesures.
- La création d'institutions relevant des Premières nations et des Inuits constituera une stratégie cruciale dans l'instauration du changement et la promotion des concepts qui sous-tendent les programmes au sein des communautés. Le contrôle et la responsabilité de ces éléments, autrefois considérés comme étant du ressort de Santé Canada, notamment les

processus d'accréditation et les systèmes de collecte de données, seront des facteurs déterminants dans leur acceptation par les communautés.

- Les Premières nations exercent un contrôle sur un nombre croissant de ressources, et il est fort probable que cette tendance se maintiendra. Les organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi que des Autochtones en général, auront un rôle de plus en plus important à jouer dans la détermination des priorités du gouvernement en matière de financement. Les deux parties auront intérêt à ce que s'opère un transfert vers les provinces assorti d'exigences ou de normes minimales, notamment dans le cadre d'accords de transfert.

5. Sommaire

L'efficacité future des programmes de lutte contre les dépendances dépendra pour une large part des éléments suivants :

- La volonté de Santé Canada et des principaux représentants des organisations des Premières nations et des Inuits de faire des problèmes de dépendance une priorité.

- L'engagement à l'égard du soutien d'un renforcement des capacités des Premières nations et des Inuits grâce à la création d'institutions qui leur appartiennent en vue d'appuyer les efforts de leurs communautés.

6. RECOMMANDATIONS

1. La consommation d'alcool obtenu légalement, mais produit ou vendu illégalement reste un problème majeur qui touche l'ensemble de chaque communauté. On recommande de renouveler l'attention accordée à cette question ainsi que l'engagement à l'égard de la lutte contre ce phénomène de la part de Santé Canada et des Premières nations. La coordination de cette stratégie devrait également faire appel aux forces de police et aux spécialistes de la prévention du crime.

2. L'utilisation des drogues illicites gagne sans cesse de l'importance et constitue un problème grave qui préoccupe les communautés. On recommande la mise sur pied d'un groupe de travail chargé de se pencher sur les moyens à prendre pour s'attaquer à ce phénomène. Qui plus est, il est recommandé que ce groupe compte à tout le moins des représentants des Premières nations et des Inuits, de Santé

Canada, de Justice Canada, de la GRC et du Solliciteur général du Canada. Le groupe devrait s'attacher à élaborer des stratégies destinées à améliorer la coordination, la planification et le financement en ce qui concerne les besoins des communautés.

Comme Justice Canada, Santé Canada a eu des discussions avec les organisations des Premières nations et des Inuits au sujet de la coordination et des priorités en matière de financement dans le cadre de l'initiative de financement des mesures de prévention du crime visant à contrer la vente illicite d'alcool et de drogues.

3. La question de l'abus des médicaments prescrits doit également être examinée. À cette fin, on pourrait procéder à un examen du système de prestation de services ainsi qu'à une étude plus approfondie de la question grâce à des enquêtes coordonnées avec les responsables des programmes de recherche de la Direction générale de la promotion de la santé de Santé Canada. On devrait également envisager sérieusement de mettre un ou plusieurs centres à contribution pour la lutte contre ce type d'abus ou la formation des communautés dans ce domaine, ou les deux.

4. La dépendance au jeu est un phénomène dont l'ampleur croît et sur lequel il faudrait se pencher avant qu'il n'atteigne des proportions exagérées. Santé Canada doit, de concert avec les dirigeants des Premières nations et des nations inuits, mener des négociations avec les entités provinciales et nationales qui tirent profit des jeux de hasard comme les loteries, les jeux qui font appel à des billets à languette et les jeux offerts par les casinos. Il conviendrait de négocier l'affectation de ressources à la détermination de l'incidence du phénomène, à la conception de campagnes d'information adéquates et à la prestation des services d'intervention et de traitement nécessaires.

5. La question de l'abus de solvants revêt une grande importance. On recommande que le programme de lutte contre cette dépendance soit intégré au cadre global du PNLAADA afin d'augmenter les chances de succès de ces deux initiatives.

6. Santé Canada devrait remettre sur pied un nouveau programme de recherche structuré permettant de surveiller et de prévoir les secteurs où des besoins se font sentir sur le plan des programmes. Il conviendrait de créer un comité responsable de la mise en oeuvre de ce programme qui serait formé de personnes expérimentées dans le domaine de la recherche et issues des organisations et des communautés des Premières nations et des Inuits (par exemple la

Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario et la Alberta Addictions and Drug Abuse Commission). On recommande également que Santé Canada, l'Assemblée des Premières nations ainsi que les organisations régionales et provinciales des ces dernières s'engagent à inclure les questions de dépendance lorsqu'on refera une enquête longitudinale sur la santé au sein des Premières nations comme celle actuellement en cours.

7. On recommande de revoir l'étendue des attributions des travailleurs communautaires en prenant en considération le counselling de base et le counselling poussé qui sont nécessaires. En outre, il conviendrait d'assurer une reconnaissance et d'établir une stratégie de formation en ce qui concerne les intervenants du PNLAADA afin de s'assurer qu'ils possèdent les compétences requises dans les domaines du deuil et du sentiment de perte, de la violence familiale, des agressions sexuelles, de l'abus du tabac et de la dépendance au jeu, ainsi que par rapport à d'autres phénomènes. Il faudrait également élaborer des protocoles expérimentaux afin de soutenir les communautés dans la prestation de services jour et nuit et l'acquisition de moyens pour fournir des services sur appel. (Il faudrait lier ces mesures à la mise en oeuvre de la recommandation concernant la mise en place d'un processus national d'accréditation.)

8. Des plans de travail et des procédures devraient être établis afin d'aider les intervenants à se centrer sur les secteurs où des besoins se font sentir dans les communautés. Santé Canada et les Premières nations devraient fixer des priorités stratégiques et annuelles pour faire en sorte que le Programme assure une orientation, un leadership et un soutien aux communautés. La mise en place de stratégies de prévention, d'intervention et de traitement visant les adolescents ainsi que la coordination avec les responsables des autres programmes sociaux et de santé au sein des communautés doivent occuper une place de premier plan dans l'élaboration des plans de travail et des procédures.

9. Il faudrait concevoir une stratégie nationale de marketing social avec la Direction générale des services médicaux afin d'appuyer les objectifs de programme touchant la prévention de façon à ce qu'ils correspondent au modèle relatif à la santé de la population.

10. On devrait établir des prévisions globales pour les programmes au chapitre des dépenses de base nécessaires pour que les communautés puissent lutter contre les dépendances. Cette estimation des coûts devrait être faite en fonction des types de services et de programmes devant être offerts dans chaque communauté. L'exercice

devrait viser en partie à cerner le contexte dans lequel la participation de conseillers spécialisés serait justifiée et les circonstances dans lesquelles des intervenants à temps partiel seraient nécessaires. Ainsi, on faciliterait l'instauration d'un processus dans le cadre duquel les dirigeants des Premières nations pourraient répartir plus efficacement les fonds affectés aux programmes et déceler les lacunes éventuelles. Santé Canada et les Premières nations devraient considérer ces prévisions comme des points de repère pour l'ensemble des communautés et déterminer les possibilités pour ce qui est de répondre aux besoins. Le processus devrait être lié à la mise en place d'un système de production de rapports axé sur les résultats.

11. Dans le cadre global du processus d'accréditation, un des groupes intéressés devrait participer à l'établissement d'un code de conduite pour les intervenants du PNLAADA, et celui-ci pourrait être affiché dans les édifices des Premières nations et dans les bureaux du Programme. On mettrait ainsi en lumière les normes concernant la confidentialité et les obligations, ainsi que les recours possibles et les sanctions prévues en cas d'infraction. (Voir les recommandations relatives à la formation).

12. Santé Canada devrait, de concert avec les organisations des Premières nations, jouer un rôle de chef de file relativement à la réalisation d'études dans le domaine juridique et en matière de programmes afin d'élaborer des protocoles normalisés pour la diffusion et l'échange d'information. L'accent devrait être mis sur le réseautage, la mise en commun de l'information et l'élaboration de protocoles avec les responsables des programmes sociaux, notamment ceux qui sont axés sur les services à l'enfance et à la famille, ainsi que sur l'assistance sociale.

13. On devrait documenter divers modèles organisationnels permettant d'aider les communautés à coordonner les services ou à intégrer d'autres programmes et services au PNLAADA, en particulier ceux des organismes de services sociaux et de santé.

14. En collaboration avec un comité directeur regroupant des représentants des parties intéressées, Santé Canada devrait jouer un rôle prépondérant au chapitre de la conception de modèles d'installations, de façon à ce que les clients croient davantage à la confidentialité de l'information. Il s'agit d'une préoccupation qui rejoint certaines exigences relatives aux initiatives de programme touchant la santé mentale, l'aide à l'enfance et les services sociaux. Une partie des recherches devrait viser la détermination des coûts liés aux

modifications à apporter aux installations, à l'équipement et au matériel de bureau pour assurer la confidentialité.

15. *Santé Canada* devrait déterminer comment il serait possible d'obtenir des fonds additionnels provenant d'autres sources, notamment les ministères provinciaux et les autres ministères fédéraux, pour financer les centres de traitement rattachés au PNLAADA.

16. On recommande que les centres de traitement examinent la possibilité de réorienter leurs programmes d'été afin de contribuer à l'exécution des programmes mis en oeuvre dans les camps culturels de leur région respective. Il est de plus recommandé que les centres de traitement qui mettent en oeuvre des programmes dans ces camps ne voient pas leur financement diminuer.

17. On recommande l'élaboration de modèles pour les traitements destinés aux « couples ». Ceux-ci constitueraient une solution de remplacement intéressante aux traitements visant la famille et éliminerait les complications soulevées par le fait de viser des groupes d'âge variés et plusieurs familles dans le cadre d'un même programme.

18. On recommande que Santé Canada revoit sa formule de financement et tienne compte de l'isolement, des coûts réels, ainsi que de l'efficience et de l'efficacité afin que le financement corresponde à celui d'autres services, par exemple ceux que fournissent les organismes provinciaux de lutte contre les dépendances.

Il conviendrait également que Santé Canada et les Premières nations examinent les moyens qui permettraient d'accroître les budgets octroyés aux centres de traitement en vue d'assurer une orientation, une formation et un traitement en ce qui a trait au deuil et au sentiment de perte, aux programmes culturels et aux nouvelles formes de dépendances telles que la dépendance au jeu et l'utilisation à mauvais escient des médicaments prescrits, entre autres. Ces mesures pourraient être mises en place en améliorant la coordination avec les autres administrations fédérales et provinciales et en intéressant ces dernières au partage des frais, ainsi qu'en appliquant la rémunération à l'acte pour d'autres programmes, par exemple les programmes d'aide à l'enfance, de peines alternatives et de mise en liberté anticipée. Des fonds additionnels devraient être débloqués pour les centres de traitement à demeure afin qu'ils puissent assurer au personnel des services de conseils une formation relative à diverses questions liées à la santé mentale, notamment les agressions

sexuelles, la violence, les effets découlant du séjour dans un pensionnat, le deuil et le sentiment de perte, ainsi que l'abandon, de même que les processus post-traumatiques en général.

19. On recommande l'élaboration de programmes de préparation au traitement ou encore de modèles pour cette étape à l'intention des communautés et des centres de traitement. Les services précédant le traitement formeraient une phase préalable comportant l'évaluation, l'orientation et la préparation des clients. La durée de ces programmes devrait varier selon le programme de traitement et se situer entre une et trois semaines.

    Il est aussi recommandé que les programmes actuels de préparation au traitement, par exemple celui que la Society of Aboriginal Addictions Recovery (SOAAR) a mis au point pour le Service correctionnel du Canada, soient considérés comme des ressources éventuelles.

20. Il faut revoir le SRAT en tenant compte des commentaires de tous les centres de traitement qui ont recours à ce système. Afin de déterminer la stratégie la plus efficace à adopter face aux problèmes de dépendance à l'alcool et aux drogues, on devrait examiner l'efficience et les coûts éventuels de deux options, à savoir l'élaboration d'un nouveau système national ou l'autorisation pour chaque centre de traitement de créer son propre système de données.

    On doit intégrer au SRAT, ou au système qui le remplacera, de nouvelles fonctions visant les centres de traitement, par exemple le suivi des résultats obtenus par le client et l'évaluation des programmes d'assurance-qualité de ces centres.

21. Il faudrait que Santé Canada, ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits négocient la question de l'accréditation avec des groupes comme la Ontario Interventionist Association afin de pouvoir utiliser le titre de « conseiller accrédité en matière de traitement de l'alcoolisme » ou d'élaborer un processus d'accréditation semblable à celui qui mène à l'obtention de ce titre. En outre, on pourrait songer à accorder des privilèges analogues à ceux dont s'assortit le titre en question aux personnes qui possèdent un certain profil d'études, par exemple un baccalauréat ou une maîtrise en service social, ou encore en psychologie ou dans une discipline pouvant être considérée comme connexe.

22. On recommande que Santé Canada et Développement des ressources humaines Canada réalisent une enquête sur le marché du travail visant particulièrement la formation des Autochtones dans le domaine de la santé, surtout dans les secteurs de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des services aux jeunes enfants, de la promotion de la santé ainsi que de la santé mentale. L'enquête devrait avoir comme objectif la détermination des ressources qui sont maintenant nécessaires, compte tenu de l'évolution des besoins des communautés.

23. En collaboration avec un comité directeur formé de représentants des Premières nations et des Inuits, ainsi que de représentants des parties intéressées qui soient représentatifs des divers intervenants du PNLAADA, Santé Canada devrait élaborer une nouvelle stratégie de formation pour permettre aux communautés de réagir aux orientations proposées dans le présent rapport d'examen. Le Ministère devrait également inventorier les cours dont il pourrait partager la responsabilité avec les provinces. À ce chapitre, il faudrait prévoir l'examen des options en matière d'accréditation ainsi que la mise au point d'une stratégie visant à régler les questions de la reconnaissance professionnelle, de l'utilisation ciblée des ressources consacrées à la formation en fonction des postes à combler, de la formation spécialisée et de la formation multidisciplinaire.

    Santé Canada devrait, en collaboration avec les représentants des Premières nations et des Inuits, mettre en place des mesures pratiques grâce à un système structuré visant à renforcer les capacités au sein des communautés. Le renforcement des capacités en matière de gestion, de planification et d''évaluation doit être prioritaire dans le cadre du plan de travail.

    Lorsqu'on instaurera ces mesures, il faudra aborder dans la perspective du plan global les concepts des centres d'excellence, des centres de traitement en tant que centres de formation, ainsi que des communautés pouvant servir de modèles en raison de leurs pratiques exemplaires.

    Une coordination avec d'autres organismes comme le MAINC, le conseil consultatif régional, Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et Service correctionnel Canada sera essentielle à la création d'une communauté d'intérêts.

24. Il est recommandé que tous les programmes de lutte contre les

dépendances de Santé Canada soient intégrés en un système unique visant à régler ces questions. L'intégration devrait comprendre l'élaboration de stratégies de recherche, de collecte de données, de formation et de diffusion de l'information.

25. On recommande que le gouvernement fédéral ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits favorisent la création de modèles d'intégration des programmes en reconnaissant les communautés qui peuvent servir d'exemple à ce chapitre ainsi que de centres d'échange d'information et de formation. Il conviendrait en outre de fournir des ressources aux centres communautaires afin de s'assurer que les communautés qu'ils servent ne soient pas pénalisées lorsqu'ils aident d'autres communautés.

    Il est de plus recommandé que Santé Canada soutienne l'élaboration de modèles de soins de santé intégrés en finançant la mise sur pied d'un institut de la santé autochtone et de centres d'excellence.

26. On recommande que Santé Canada examine les besoins financiers et les besoins en matière de création de programmes en ce concerne le traitement, et ce, avant d'autoriser l'utilisation des centres de traitement à d'autres fins.

    Il est recommandé que Santé Canada et les Premières nations envisagent l'élaboration de stratégies régionales et nationales de guérison en faisant appel à des groupes de travail formés de membres des groupes intéressés, notamment les intervenants communautaires du PNLAADA et le personnel des centres de traitement.

    On recommande de plus la réalisation d'une étude sur les pavillons de guérison actuels afin de déterminer les avantages de cette approche et les responsabilités qui en découlent.

    Enfin, dans le cadre de la stratégie globale, il serait intéressant de mettre en oeuvre un projet pilote permettant d'étudier en détail la possibilité de changer l'orientation des centres de traitement ainsi que les conséquences d'un tel changement.

27. Il est recommandé que Santé Canada ainsi que les organisations des Premières nations et des Inuits soutiennent les programmes communautaires et les programmes de traitement en finançant la mise

sur pied d'un organisme national autochtone de lutte contre les dépendances ou d'un service distinct et bien structuré responsable de cette question au sein de l'institut de la santé autochtone dont la création est proposée.

On recommande en outre que la reconduction partielle du programme de recherches dirigées soit une priorité au sein de Santé Canada, et que son financement soit éventuellement accru grâce à des fonds du programme des services de santé non assurés afin qu'on puisse s'attaquer à l'abus de l'alcool, des drogues et des solvants, ainsi qu'à des problèmes récents comme l'abus des médicaments prescrits et la dépendance au jeu.

28. On recommande que Santé Canada ainsi que les représentants des Premières nations et des Inuits mettent en application le concept des centres d'excellence afin que les centres communautaires et de traitement qui possèdent une expertise et des capacités reconnues fournissent une formation et un soutien aux autres établissements de ce type.

29. On devrait avoir des discussions avec les responsables des centres de traitement afin de déterminer s'il est possible d'utiliser ces établissements comme centres de services pour les travailleurs communautaires en ce qui a trait à l'orientation générale, à la formation en matière d'aiguillage, à l'évaluation, à l'information sur les toxicomanies et les autres dépendances, ainsi qu'aux autres besoins sur le plan de la lutte contre les dépendances et de la coordination qui ont été établis par les centres de traitement et les communautés.

30. Santé Canada devrait, par le truchement d'un comité directeur formé de représentants des parties intéressées, mettre sur pied un système semblable au Ontario Drug and Alcohol Abuse Rehabilitation and Treatment (DART) afin d'aider les travailleurs communautaires à déterminer la disponibilité des programmes de traitement et à répondre aux besoins des clients.

Il est de plus recommandé que Santé Canada élabore un système de post-cure et de suivi de base obligatoires. À cette fin, on devrait soit adopter tel quel, soit modifier le système du centre de traitement de Round Lake afin de tirer profit du travail de qualité accompli par ce dernier à ce chapitre. Comme pour la recommandation précédente, on recommande que cette tâche soit menée à bien par l'entremise d'un comité directeur regroupant des représentants des principales parties intéressées. Il s'agit d'un travail crucial pour la mise en place d'un

système de mesure des résultats, tel qu'il est mentionné au paragraphe précédent.

Idéalement, il devrait exister une interrelation entre ce système et les systèmes provinciaux de traitement afin qu'on ait recours aux autres services disponibles, notamment dans les domaines de la lutte contre la cocaïnomanie, l'utilisation à mauvais escient des médicaments prescrits et la dépendance au jeu, ainsi que de la désintoxication.

31. Le système d'information sur la santé instauré par la région de l'Ontario de Santé Canada devrait être examiné et revu afin qu'il puisse servir de système de mesure des résultats. Ce système devrait viser à assurer l'établissement d'un calendrier pour le suivi des clients ainsi qu'une gestion des cas coordonnée avec les autres fournisseurs de services du réseau de la santé, par exemple les infirmières de santé publique et les intervenants des services de santé mentale, ainsi que les autres intervenants faisant appel au système.

32. Santé Canada devrait créer une trousse de formation relative à l'évaluation de programme qui pourrait servir à former les intervenants du PNLAADA et les employés des centres de traitement à l'échelon local afin qu'ils soient en mesure de procéder à une évaluation de programme efficace. La trousse devrait toucher à la fois à l'évaluation du processus et à celle de l'incidence.

33. Santé Canada devrait, en partenariat avec les diverses parties intéressées, dresser une liste des indicateurs de base pouvant aider à évaluer le processus et l'incidence du PNLAADA.

34. On a besoin de processus de collecte de données fiables qui puissent fournir constamment de l'information facilitant la gestion des cas et l'évaluation de programme. Il conviendrait de créer un groupe de travail chargé d'examiner les besoins en matière de données ainsi que les sources éventuelles d'information pouvant assurer une gestion des cas efficace et une évaluation continue du PNLAADA. Ce groupe se pencherait également sur l'utilisation du sous-système du Système canadien d'information sur la santé relatif au profil des clients aux prises avec un problème d'abus de substances intoxicantes en tant que source possible d'information sur le PNLAADA.

Il importe que tout système de collecte de données devant aider à l'évaluation de programme fournisse également des données pouvant être utilisées par les intervenants du PNLAADA pour la gestion des cas. Le système informatisé qu'on adoptera devrait viser avant tout à

soutenir les activités quotidiennes des intervenants du PNLAADA. Si le système ne facilite pas la gestion des cas pour ces derniers, il recevra très peu d'appui à l'échelon local, et les données disponibles pour l'évaluation de programme s'en trouveront passablement réduites.

35. Santé Canada devrait préciser ou abolir les politiques qui ont créé des obstacles inutiles au traitement, notamment sur le plan du transport vers les points de traitement, afin d'éliminer les problèmes liés à des questions interrégionales telles que l'accès aux programmes spécialisés.

36. Il est recommandé qu'un soutien à l'utilisation d'Internet par les jeunes Autochtones soit envisagé dans le cadre des initiatives de prévention.

On recommande en outre que soient fournies les ressources nécessaires pour permettre l'accès à Internet dans le cadre des programmes afin de favoriser les communications à l'échelle nationale entre les responsables de programme.

37. On recommande que Santé Canada, en partenariat avec les représentants des organisations des Premières nations et des Inuits, mette sur pied un groupe de travail chargé de concevoir un plan de travail permettant de coordonner la réponse au présent rapport. Il est de plus recommandé qu'un délai de six mois soit imparti pour la conception de ce plan. En outre, il conviendrait d'examiner plus à fond la possibilité de créer des groupes régionaux qui étudieraient les recommandations issues de l'examen du PNLAADA.

[1] Chiffres basés sur la population vivant sur les réserves.

[2] Cette diminution des fonds, qui totalisaient 24,9 millions de dollars à la fin de la décennie (1989-1990), est due au transfert des ressources au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et aux réductions imposées à la Direction des PSPNI.